|  |  |
| --- | --- |
|  | **Sociaal statuut – attest van uw wekelijke professionele activiteit** *(via* [*ProGezondheid*](http://www.progezondheid.be/) *toe te voegen aan uw online aanvraag)* |

|  |
| --- |
| 1. **Voorafgaande informatie**
 |
| **Dit formulier is louter een hulpmiddel. Ook andere schriftelijke bewijzen kunnen in aanmerking worden genomen. Een verklaring op eer van uzelf volstaat echter niet.****De activiteit die aanmerking komt voor assimilatie moet aan twee voorwaarden voldoen:*** **Het betreft een klinische activiteit. Teammanagement, administratief beheer of educatieve ondersteuning kunnen niet in aanmerking worden genomen. Voor een activiteit in een vaccinatie-, test- of triagecentrum geldt deze voorwaarde niet.**
* **Deze activiteit wordt niet door de verplichte ziekteverzekering ten laste genomen, noch op uw naam, noch op naam van een andere zorgverlener.**

**Meer informatie vindt u op onze** [website](https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/Paginas/sociaal-statuut-artsen.aspx)**.** |

|  |
| --- |
| 1. **Uw gegevens**
 |
| **Uw naam en voornaam:** |   |
| **Uw RIZIV-nummer:** |   |

|  |
| --- |
| 1. **Identificatiegegevens van de organisatie**
 |
| **Naam en voornaam van de verantwoordelijke van de organisatie:****Functie:** |    |
| **Naam van de organisatie:** | ………………………………………………………………………………………………………… |
| **Werkadres:** | Straat, nummer, bus:  Postcode, gemeente:  |

|  |
| --- |
| 1. **Verklaring van de verantwoordelijke**
 |
| Door dit formulier te ondertekenen, verklaar ik, in de hoedanigheid van verantwoordelijke van de bovengenoemde organisatie, dat de in vak II genoemde zorgverlener in de periode van …..../……../…….. tot ……./……./……… gemiddeld ………... uur/week een (**klinische) activiteit** heeft uitgeoefend (d.w.z. …………… uur in totaal).Deze activiteit bestond uit:Datum en handtekening van de verantwoordelijke: |
| *Af te printen en te handtekenen of* [*elektronisch te handtekenen*](https://eid.belgium.be/nl/digitale-handtekeningen)*.* |