



Arboverklaring ten behoeve van het Vervangingsfonds

Ondergetekende verklaart dat werknemer

Naam:.....

Geboortedatum:

BSN:

Aangesteld bij het Bevoegde Gezagsorgaan (Bestuursnummer):

Sinds(datum 1^e ziektedag) tot het laatste spreekuurcontact op

voor % arbeidsongeschikt is wegens ziekte.

Ondergetekende

Naam arts of arbeidsdeskundige:

Verbonden aan Arbodienst:

Te:

Datum ondertekening:

Handtekening:

Stempel Arbodienst:

