|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Melding van de tijdelijke verwijdering van een personeelslid dat bedreigd is door een beroepsziekte tijdens de zwangerschap | | | | | | | | | | | | | | | 1F3C8D-000583-MB2/2-01-240122 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming**  **Werkstation nr.**  Koning Albert II-laan 15 bus 140, 1210 BRUSSEL  [documenten.onderwijspersoneel@ond.vlaanderen.be](mailto:documenten.onderwijspersoneel@ond.vlaanderen.be) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | *Waarvoor dient dit formulier?* *Met dit formulier kunt u melden dat een personeelslid tijdelijk is verwijderd uit haar functie wegens een risico op een bedreiging door een beroepsziekte tijdens haar zwangerschap.* *Wie vult dit formulier in?* *De gemandateerde van de inrichtende macht of het schoolbestuur vult dit formulier in en geeft het vervolgens aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer. Als die het formulier heeft ingevuld, geeft hij het terug aan de instelling, die dan de volgende rubriek invult. Als de opdracht van het personeelslid stopgezet wordt, bezorgt de gemandateerde van de inrichtende macht of het schoolbestuur dit formulier ook aan Medex. Ten slotte bezorgt Medex het volledig ingevulde formulier aan het bovenvermelde werkstation van het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming op het bovenstaande adres.* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | In te vullen door de inrichtende macht of het schoolbestuur van de onderwijsinstelling | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Vul de gegevens van de onderwijsinstelling in. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | naam |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **instellingsnummer** |  | | | . |  | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Vul de persoonlijke gegevens van het personeelslid in. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | stamboeknummer |  |  |  | | | |  |  | | |  |  | |  | |
|  | functie |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | uitgeoefende taken |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | rijksregisternummer |  | | | |  |  | | |  |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Nadat u de gegevens in deze rubriek hebt ingevuld, geeft u dit formulier aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer die de onderstaande rubriek moet invullen. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | In te vullen door de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Vul de gegevens in van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | naam |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente |  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | Vul uw persoonlijke gegevens in. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | voor- en achternaam | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | straat en nummer | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | postnummer en gemeente | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | telefoonnummer | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | e-mailadres | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | Welke maatregel is van toepassing gedurende de zwangerschap van het personeelslid? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Het gaat om de verwijdering uit een risicovolle situatie tijdens de zwangerschap wegens biologische of chemische agentia als vermeld in het koninklijk besluit van 28 maart 1969 houdende vaststelling van de lijst van beroepsziekten die aanleiding geven tot schadeloosstelling en tot vaststelling van de criteria waaraan de blootstelling aan het beroepsrisico voor sommige van deze ziekten moet voldoen. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | Het personeelslid kan haar opdrachten volledig voortzetten. Er is geen risicovolle situatie waaruit ze verwijderd moet worden. Ga naar vraag 9. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | Het personeelslid kan haar opdrachten voortzetten als een aantal aanpassingen doorgevoerd worden of als bepaalde maatregelen getroffen worden. **Welke aanpassingen moeten doorgevoerd worden of welke preventiemaatregelen moeten genomen worden?** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | Wanneer is de vermoedelijke bevallingsdatum? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | dag | | | |  | maand | |  | | jaar | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | U hoeft geen bewijsstukken bij dit formulier te voegen, maar Medex kan altijd bewijsstukken opvragen, zoals laboratoriumuitslagen. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | Vul de onderstaande verklaring in. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Druk in het vak hiernaast de stempel van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer af. | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | datum | | | | | dag | |  | | | maand | |  | jaar | |  |  |
|  | | handtekening | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | Nadat u de gegevens hebt ingevuld, geeft u het formulier terug aan de onderwijsinstelling. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | In te vullen door de inrichtende macht of het schoolbestuur van de onderwijsinstelling | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | Welke maatregel hebt u genomen om het personeelslid te verwijderen? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | stopzetting van de opdracht. Ga naar vraag 12. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | wijziging van de opdracht. **Beschrijf bondig de nieuwe opdracht.**  Ga naar vraag 13. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 12 | Vanaf wanneer hebt u het personeelslid tijdelijk verwijderd uit haar functie? | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | dag | | |  | maand |  | jaar | |  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Vul de onderstaande verklaring in. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | datum | | | | | | | dag | |  | maand | |  | jaar |  |  |
|  | handtekening | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam van de gemandateerde van de inrichtende macht of het schoolbestuur | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | *Als de opdracht van het personeelslid stopgezet wordt, laat u de volgende rubriek invullen door een arts van Medex. U slaat dit Wordformulier op als pdf-document en mailt het naar* [*medex\_bedreiging\_bz@health.fgov.be*](mailto:medex_bedreiging_bz@health.fgov.be)*. Beveilig het pdf-document niet. Medex zal zijn beslissing invullen op het pdf-formulier en het daarna naar het werkstation sturen. Als de opdracht gewijzigd wordt, bezorgt u dit formulier rechtstreeks aan uw werkstation.* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | In te vullen door Medex | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Wordt de melding erkend als een bedreiging door een beroepsziekte? | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | ja | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | nee. **Motiveer waarom de melding niet wordt erkend als een bedreiging door een beroepsziekte.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Onderteken dit formulier. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | datum | | | | | | | dag | |  | maand | |  | jaar |  |  |
|  | handtekening | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Bezorg dit formulier aan het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming, meer bepaald aan het werkstation waarvan de gegevens bovenaan op dit formulier staan vermeld | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Privacywaarborg | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | *AGODI en AHOVOKS verwerken uw persoonsgegevens in het kader van het algemeen belang voor uw dossier. Als u niet wilt dat we uw gegevens verwerken, kunt u dat melden door te mailen naar* [*dpo.agodi@ond.vlaanderen.be*](mailto:dpo.agodi@ond.vlaanderen.be)*. We kunnen u dan mogelijk de dienst die u vraagt, niet verstrekken. U kunt ook altijd mailen om te vragen welke persoonsgegevens we verwerken en u kunt ze laten verbeteren of verwijderen. We vragen dan een bewijs van uw identiteit zodat we uw gegevens niet meedelen aan iemand die er geen recht op heeft. Als u vragen hebt over de manier waarop we uw gegevens verwerken, kunt u contact opnemen met uw werkstation. Bent u het niet eens met de manier waarop we uw gegevens verwerken, dan kunt u zich wenden tot de bevoegde toezichthoudende autoriteit. Ons beleid op het vlak van gegevensverwerking vindt u in onze privacyverklaring (*[*AGODI*](https://onderwijsvlaanderen.paddlecms.net/nl/over-onderwijs-en-vorming/agodi-agentschap-voor-onderwijsdiensten/organisatie-en-werking-agodi/privacyverklaring-agodi) *en* [*AHOVOKS*](https://www.onderwijs.vlaanderen.be/sites/default/files/atoms/files/Privacyverklaring%20AHOVOKS_0.pdf)*).* | | | | | | | | | | | | | | | |