

Assurance-chômage
Certificat médical

Nom

Prénom

N° AVS
7 5 6

Date de naissance
J J M M A A A A

1 La personne assurée a été/est en incapacité de travail pour cause de

du

J J M M A A A A

au

J J M M A A A A

à

%

☐ tout type d'activité

☐ l'activité habituelle *

☐ liée au poste de travail

du

J J M M A A A A

au

J J M M A A A A

à

%

☐ tout type d'activité

☐ l'activité habituelle *

☐ liée au poste de travail

du

J J M M A A A A

au

J J M M A A A A

à

%

☐ tout type d'activité

☐ l'activité habituelle *

☐ liée au poste de travail

2 Capacité de travail pour l'activité habituelle

dès le

J J M M A A A A

à

%

Activité habituelle

* En cas de capacité de travail réduite pour l'activité habituelle, veuillez également remplir les rubriques 3a et 3b.

3a Capacité de travail pour des activités adaptées à l'affection

dès le

J J M M A A A A

à

%

3b Profil de charge

Profil de charge (restrictions médicales servant de base à l'évaluation dans un emploi convenable sur le marché du travail)

Remarques

Conformément à l'art. 28 al. 5 LACI, la personne assurée doit apporter la preuve de son incapacité de travail, resp. de sa capacité de travail en produisant un certificat médical. L'autorité cantonale ou la caisse de chômage peut toujours ordonner un examen médical par un médecin-conseil.

Nom du médecin traitant, nom de l'établissement de santé

Lieu

Date

J J M M A A A A

Timbre et signature du médecin

