Certificat médical justifiant une demande d’indemnité compensatoire pour l’utilisation d’un véhicule personnel pour le déplacement entre la résidence et le lieu de travail

(En application des articles 64 à 66 de l’AR du 13 juillet 2017 fixant les allocations et indemnités des membres du personnel de la fonction publique fédérale)

Je soussigné(e) (nom du médecin) ……………………………………………………………………. déclare que monsieur/madame (nom du demandeur) ………………………………………………………………… est dans l’impossibilité, pour des raisons médicales, d’utiliser les transports en commun pour les déplacements entre la résidence et le lieu de travail.

Il/elle est dès lors obligé(e) d’effectuer ses déplacements entre sa résidence et son lieu de travail avec un véhicule personnel.

Le présent certificat est valable du (date de début) ………………………. au (date de fin\*) …………………………..

(\*ne pas compléter la date de fin si le certificat a une durée de validité illimitée)

Lieu et date Nom et signature du médecin

**Note : en cas de doute, l’employeur peut demander un contrôle supplémentaire à MEDEX.**