|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Verklaring van afwezigheid op het multidisciplinaire overleg | ELGEZ-240927 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg**Simon Bolivarlaan 17, 1000 BRUSSEL**T** 02 553 36 47eerstelijn@vlaanderen.be[www.departementzorg.be](http://www.departementzorg.be)  |
|  | *Waarvoor dient dit formulier?*Met dit formulier verklaart de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn (wettelijke) vertegenwoordiger dat hij niet aanwezig hoeft te zijn op het multidisciplinaire overleg.  |
|  |
|  | Ondertekening door de persoon met een zorg- of ondersteuningsnood |
|  | Ik verklaar dat mijn aanwezigheid op het multidisciplinaire overleg niet vereist is. |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |
|  |
|  | Ondertekening door de (wettelijke) vertegenwoordiger |
|  | Ik verklaar dat mijn aanwezigheid op het multidisciplinaire overleg niet vereist is. |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |