



## Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e),

.....,

coordinateur administratif du projet ..... ayant le numéro INAMI .....

déclare sur l'honneur :

- avoir contrôlé l'exactitude des données figurant dans le tableau ci-joint sur la base du contrôle de la carte d'identité et du diplôme original des personnes mentionnées
- que ces personnes prennent un rôle de dispensateur de soin ou d'aide vis-à-vis d'un patient individuel.

Je déclare que les données du présent document sont sincères et complètes.

Je m'engage à communiquer sans délais toute modification, ajout et/ou suppression à l'INAMI.

Fait à ..... le .....

Signature

Une fois complété, ce formulaire est à renvoyer à l'INAMI, Direction Établissements et Services de soins – avenue de Tervueren 211 – 1150 Bruxelles

(a) Seules les « personnes autorisées » connues auprès de la plate-forme eHealth, auront accès à BeIRAI.

La liste suivante indique quelles catégories d'utilisateurs pourront utiliser BeIRAI, à condition que la plate-forme eHealth puisse vérifier ces différentes qualifications et fonctions professionnelles auprès de l'INAMI à l'aide de la source authentique validée.

**Les données ne doivent être collectées dans le tableau joint que pour les membres du personnel à engager ayant les qualifications suivantes et ne disposant pas de n°INAMI:**

- assistant social
- psychologue
- ergothérapeute
- diététicien
- podologue
- logopède
- master/licencié en gérontologie
- master/licencié en orthopédagogie
- bachelier en pédagogie
- bachelier en sciences familiales
- bachelier en réadaptation
- master en thérapie psychomotrice
- bachelier en psychologie appliquée (assistant en psychologie) .