AANVRAAG UITZONDERING DUBLIN PLAATS
te sturen via: dublin_med@fedasil.be

ALGEMENE GEGEVENS BETREFFENDE DE OPVANGSTRUCTUUR

Operator	
Contactpersoon	
E-mailadres	
Telefoonnummer	
Straat en nummer	
Postcode	
Gemeente	
Provincie	
Regiocoordinator	

Datum aanvraag	Motieven aanvraag	Naam	Voornaam	N° OV	N° rijksregister	Geboorte datum

OPMERKINGEN:

VERPLICHTE BEWIJZEN

Toestemming van de bewoner	Door bewoner ondertekende toestemming om medische gegevens over te maken aan de arts van de Dienst vreemdelingenzaken
Medische tegenindicatie voor een transfer	1) Recente medische attest
Zwangerschap (2 maanden vóór of 2 maanden na de bewalling) of Baby < 2 jaar	1) Recente medische attest dat aantoont dat de bevalling binnen 2 maanden voorzien is OF 1) Geboorteakte