

ATTESTATION – Dépistage Covid

NOM :

Prénom :

NIR :

J'atteste sur l'honneur être :

- Professionnel de Santé en activité libérale
- Salarié d'un Professionnel de Santé
- Salarié d'un établissement de santé
- Salarié d'un établissement médico-social ou d'un service médico-social

Employeur ou Numéro AM :

Fait à :

Le :

Signature de l'exécutant :

Signature de l'assuré :