



Attestation de participation à la campagne régionale de dépistage

Je soussigné (nom, prénom, fonction, contact)

Responsable du centre de dépistage de _____ Code postal _____

Atteste que M. _____

Dont le statut est (cocher) :

- Médecin, infirmier, pharmacien, sage-femme, masseur-kinésithérapeute ou chirurgien-dentiste ;
- Etudiant ayant validé sa première année de médecine, pharmacie, soins infirmiers, odontologie, maïeutique ou masso-kinésithérapie ;
- Manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, préparateur en pharmacie, aide-soignant, auxiliaire de puériculture ou ambulancier ;
- Sapeur-pompier professionnel ou volontaire ;

a bien la qualification professionnelle requise ou suivi la formation au prélèvement nasopharyngé ;

et

a participé, en réalisant des prélèvements ou des tests, à la campagne de dépistage régionale les jours suivants :

Date, signature et tampon du responsable de site