Attestation d'expérience clinique

Nom :

Prénom :

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etablissement ambulatoire ou hospitalier (adulte ou enfant/adolescent) :

Activités/tâches :

Supervision :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Titre | Date d’obtention du titre  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

L’employé a travaillé de manière effective :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date début | Date fin | Taux d’activité en % |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Pour l’employeur :

Nom, prénom du responsable :

Fonction :

Date, lieu :

Signature et tampon :