

|  |
| --- |
| **PROJETS D’EXTENSION DE MAISONS ET CENTRES DE SANTE**  **PLURI-PROFESSIONNELS**  **ATTESTATION D’ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX SALARIES** |

Je soussigné.e, (Nom, Prénom)………………………………………………………………………………………………,

(Fonction)………………………………………………………………………………………………………………………………,

Né.e le…………………………………………………………………………………………………………………………………..,

Exerçant actuellement mon activité *(merci de rayer les mentions inutiles)*:

à titre libéral, mixte, salarié,

à mon cabinet, en cabinet de groupe, en qualité de remplaçant,

à (Nom(s) de la ou des communes) ……………………………………………………………………………………….,

ET *(merci de cocher et de rayer les mentions inutiles),*

🞏 Maître.ss.e de stage agréé.e : oui non

🞏 En formation de maîtrise de stage : oui non

atteste par la présente, m’engager à exercer au sein de la maison ou du centre de santé,

à (Nom de la commune)………………………………………………………………………………………………………… (si structure bi-site, précisez le site d’exercice)…………………………………………………………..............,

à compter de son extension ou le cas échéant à partir de ……………………………………….

A…….………………….. , le…………………….

Signature