MODÈLE D'ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR DÉPÔT DE LA DEMANDE D'AUTORISATION DE L'INFIRMIER DIPLÔMÉ D'ÉTAT TITULAIRE D'UNE AUTORISATION TEMPORAIRE OU DÉFINITIVE DÉLIVRÉE EN APPLICATION DU DÉCRET NO 2019-678 DU 28 JUIN 2019 À RÉALISER LES ACTES ET ACTIVITÉS MENTIONNÉS À L'ARTICLE R. 4311-11-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Je soussigné(e) ,

directeur/directrice de l'établissement ,

employeur de Mme/M. , né(e) le , infirmière/infirmier,

atteste qu'il ou elle satisfait à la condition 1° mentionnée à l'article 2 du décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024 relatif aux conditions de réalisation en bloc opératoire des actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique par les infirmiers diplômés d'Etat, à savoir :

1° Etre affecté en bloc opératoire.

Fait le , à .

Signature et cachet :