

[Nom de l'établissement ou de la structure employeur]

[Adresse]

[Code postal] [Commune]

Attestation d'activité professionnelle

Vu l'article R. 313-30-6 du code de l'action sociale et des familles.

Vu l'article R. 6115-2 du code de la santé publique.

Vu l'arrêté du 27 décembre 2024 fixant la liste des pièces justificatives mentionnées aux articles R. 6115-2 du code de la santé publique et R. 313-30-6 du code de l'action sociale et des familles.

Je soussigné(e), [Prénom et nom du signataire], représentant de [nom de l'établissement ou de la structure employeur], immatriculé au répertoire FINESS sous le numéro [numéro FINESS]/au répertoire Sirene sous le numéro [numéro SIRET].

Atteste que :

Madame/Monsieur [Prénom et nom de l'agent, du salarié ou du praticien], né(e) le [date de naissance de l'agent, du salarié ou du praticien], a exercé en tant que [fonction de l'agent, du salarié ou du praticien, indiquant le cas échéant la profession et la spécialité] au sein de notre établissement/structure.

Madame/Monsieur [Prénom et nom de l'agent, du salarié ou du praticien] a été employé sous [type de contrat (sous mise en stage directe, contrat à durée déterminée, contrat à durée indéterminée,...) ou statut pour les agents et praticiens titulaires] entre le [date d'entrée de l'agent, du salarié ou du praticien dans l'établissement ou la structure] et le [date de sortie de l'agent, du salarié ou du praticien de l'établissement ou la structure], pour une quotité de [quotité de travail exercée, en pourcentage].

Sa période d'exercice, en équivalent temps plein, équivaut à [durée d'exercice de l'agent, du salarié ou du praticien au sein de l'établissement ou de la structure].

[lieu], le [date]

[Prénom et nom du signataire]

[Signature]

[Cachet de l'établissement ou de la structure employeur]