|  |  |
| --- | --- |
| N° de demande (réservé à l’administration)  **Nom de naissance :** |  |

ANNEXE 1 :

**ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR POUR L’INSCRIPTION A L’EPREUVE DE VERIFICATION DES CONNAISSANCES D’UN INFIRMIER-IÈRE EN VUE DE LA REALISATION DE CERTAINS ACTES PROFESSIONNELS EN BLOC OPERATOIRE**

Je, soussigné(e),

**Nom :** …………...……………………………. **Prénom :** ………………..…..………………..,

**Qualité :** …………………………………………………………………………………………….…,

**Raison sociale :** ……………………………………………………………………………………..,

**Adresse :**………………………………………………………………………………………………,

**Code Postal :** **Commune :** …………………………………………………………,

Employeur de Mme/M. : (prénom, nom de naissance) …………………………………………...,

infirmier/infirmière

né(e) le : … / … / …… à ,

Atteste qu’il ou elle satisfait aux conditions mentionnées aux 1° et 2° de l’article 2 du décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d'entrée en vigueur de dispositions transitoires sur les infirmiers de bloc opératoire, à savoir :

1° Exercer une fonction d'infirmier de bloc opératoire à la date du 30 juin 2019 depuis une durée d’au moins un an en équivalent temps plein ;

2° Avoir apporté de manière régulière une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration au cours d'interventions chirurgicales réalisées pendant cette période.

Cette attestation lui permet de candidater à l’épreuve de vérification des connaissances en vue de la délivrance par les services de l’État d’une autorisation à apporter, dans les mêmes conditions que celles applicables à l'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire, une aide à l’exposition, à l’hémostase et à l’aspiration.

Fait le , à ……………..........................