**ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR**

**POUR L’INSCRIPTION À LA DEMANDE D’AUTORISATION À APPORTER UNE AIDE À L’EXPOSITION, À L’HEMOSTASE ET À L’ASPIRATION**

 **Le formulaire suivant doit être renseigné par les infirmiers ou infirmières qui ont exercé la fonction d’infirmier en bloc opératoire à la date du 30 juin 2019 depuis une durée d’au moins un an en équivalent temps plein.**

1er cas :

**L’attestation d’un seul employeur permet de justifier de l’expérience du candidat**

Je soussigné(e) ..................................................................................................................................................
Directeur/directrice de l’établissement ....................................................................................................................
Employeur de Mme/M. ............................................ , né(e) le ............................................ , infirmière/infirmier,

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° Avoir exercé 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.

Fait-le ................................................................................ , à .................................................................................

**ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR**

**POUR L’INSCRIPTION À LA DEMANDE D’AUTORISATION À APPORTER UNE AIDE À L’EXPOSITION, À L’HEMOSTASE ET À L’ASPIRATION**

 **Le formulaire suivant doit être renseigné par les infirmiers ou infirmières qui ont exercé la fonction d’infirmier en bloc opératoire à la date du 30 juin 2019 depuis une durée d’au moins un an en équivalent temps plein.**

2e cas :

**Plusieurs attestations sont nécessaires pour justifier de l’expérience du candidat :**

Je soussigné(e) ..................................................................................................................................................
Directeur/directrice de l’établissement ....................................................................................................................
Employeur de Mme/M. ............................................ , né(e) le ............................................ , infirmière/infirmier,

Atteste qu’il ou elle :
1° A exercé une fonction d’infirmier de bloc opératoire à la date du 30 juin 2019 depuis une durée de ..... mois en
équivalent temps plein dans mon établissement et indique avoir exercé cette même fonction auprès d’un précédent
employeur ;
2° A 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.

Le ou la candidat(e) doit également joindre à son dossier d’inscription l’attestation du précédent employeur
susmentionné afin de justifier qu’il 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.

Fait-le ................................................................................ , à .................................................................................

**ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR**

**POUR L’INSCRIPTION À LA DEMANDE D’AUTORISATION À APPORTER UNE AIDE À L’EXPOSITION, À L’HEMOSTASE ET À L’ASPIRATION**

 **Le formulaire suivant doit être renseigné par les infirmiers ou infirmières qui ont exercé la fonction d’infirmier en bloc opératoire à la date du 30 juin 2019 depuis une durée d’au moins un an en équivalent temps plein.**

3e cas :

**Plusieurs attestations sont nécessaires pour justifier de l’expérience du candidat - attestation d’un précédent employeur :**

Je soussigné(e) ..................................................................................................................................................
Directeur/directrice de l’établissement ....................................................................................................................
Ancien employeur de Mme/M. ...................................... , né(e) le ...................................... , infirmière/infirmier,

Atteste qu’il ou elle :
1° A exercé une fonction d’infirmier de bloc opératoire pendant une durée de ..... mois en équivalent temps plein
dans mon établissement et indique exercer cette même fonction à la date du 30 juin 2019 auprès d’un autre
employeur ;
2° A 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.

Le ou la candidat(e) doit également joindre à son dossier d’inscription l’attestation de l’employeur auprès duquel
il exerce à la date du 30 juin 2019 afin de justifier qu’il 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.

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