**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 ..................................................................................