ATTESTATION DU CHEF DE SERVICE OU DU CHEF DE POLE

Professionnels médicaux (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes) et de la pharmacie déplacés d’Ukraine bénéficiant de la protection temporaire au titre de la Directive 2001/55/CE

**Nom de l’établissement :**

**Adresse :**

**Nom du Directeur :**

**Je soussigné(e), Pr. Dr**. , *(nom, prénom)* **en ma qualité de chef du service/chef du pôle** *(préciser le nom du service/pole),* **garantis la présence d’au moins un praticien de plein exercice qualifié dans la spécialité** **et exerçant dans le service de** **pouvant assurer le tutorat de M. Mme.** *(Préciser le nom du candidat).*

Fait le , à .

Signature