

**ATTESTATION DE PARTICIPATION DES PERSONNELS DE SANTE
A LA CAMPAGNE DE VACCINATION ANTI-GIPPALE A (H1N1)**

Document à envoyer rempli, daté, signé, sans rature ni surcharge, au plus tard le 5ème jour ouvré du mois suivant le mois concerné

MOIS ET ANNEE DE REFERENCE : ! __ ! __ ! 2 ! 0 ! __ ! __ !

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE SANTE PARTICIPANT

Civilité.....Prénom.....Nom..... Adresse personnelle : N°.....Rue Code postal : Ville : Téléphone :Adresse mail.....

STATUT DU PROFESSIONNEL DE SANTE

1- salarié d'un établissement de santé <input type="checkbox"/> Etudiant en soins infirmiers <input type="checkbox"/> Etudiant en médecine <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier <input type="checkbox"/> Infirmier exerçant en établissement de santé public ou privé
2- salarié hors établissement de santé ou centre de santé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier
3- salarié d'un centre de santé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier o Numéro FINESS du centre de santé ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !
4- activité libérale <input type="checkbox"/> Médecin exerçant en cabinet ou remplaçant <input type="checkbox"/> Infirmier exerçant en cabinet ou remplaçant o Numéro d'identification (assurance maladie)* ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !
5- retraité libéral <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier
6- retraité ou sans activité <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier Inscrit dans la réserve sanitaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

* pour les professionnels libéraux exerçant en cabinet

ORGANISME LIQUIDATEUR

<input type="checkbox"/> Etablissement de santé <input type="checkbox"/> Autre employeur <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> EPRUS Nom : Adresse : N°.....Rue Code postal : Ville :
