ANNEXE 1 :

**ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR POUR LA DEMANDE D’AUTORISATION A APPORTER UNE AIDE A L’EXPOSITION, A L’HEMOSTASE ET A L’ASPIRATIONAU COURS D’INTERVENTIONS CHIRURGICALES PAR LES INFIRMIERS**

Je, soussigné(e),

**Nom :** **Prénom :** ,

**Qualité :** ,

**Raison sociale :**  ,

**Adresse :** ,

**Code Postal :** **Commune :**  ,

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

né(e) le : … / … / …… à infirmier/infirmière,

Atteste qu’il ou elle satisfait aux conditions mentionnées aux 1° et 2° - I - de l’article 2 du décret n° 2021-97 du 29 janvier 2021 modifiant le décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 et portant diverses mesures relatives au retrait d’enregistrement d’organismes ou structures de développement professionnel continu des professions de santé et aux actes des infirmiers diplômés d’Etat, à savoir :

1° Exercer une fonction d'infirmier de bloc opératoire à la date du 31 décembre 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 demander 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

|  |  |
| --- | --- |
| Cachet de l’établissement : | Signature : |