**PROTOCOLE DE COOPERATION**

**«** Protocole de Coopération…Mettre ici l’intitulé exact du protocole…………………………….**»**

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | ………………………………………………………………………………………….. |
| Prénom : | ………………………………………………………………………………………….. |
| Profession : | ………………………………………………………………………………………….. |
| Adresse postale : | …………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………….. |
| Adresse Mail : | ……………………………………………………………@…………………………. |
| N° téléphone fixe : | ……… / ……… / ……… / ……… / ……… |
| N° portable : | ……… / ……… / ……… / ……… / ……… |

Je soussigné(e),

…………………………………………………………………………………………………………,

certifie sur l’honneur avoir acquis les compétences nécessaires à la mise en œuvre du protocole de coopération entre professionnels de santé.

Fait à ………………………..

Le ……… / ……… / 20………

Signature :