**Modèle d’attestation « accord employeur »**

(pour les professionnels salariés)

Je soussigné(e), [prénom - nom], Directeur de [nom de l’établissement], donne mon accord pour l’adhésion au protocole de coopération entre professionnels de santé intitulé : [mettre l’intitulé exact du protocole copié sur le site du Ministère des solidarités et de santé] autorisé au plan national par Arrêté du Ministre de la Santé du [indiquer date de l’Arrêté Ministériel d’autorisation à trouver sur le site du Ministère de la santé et des Solidarités dans la liste des protocoles nationaux autorisés] et sa mise en œuvre à :

* [prénom - nom] [fonction]
* [prénom - nom] [fonction]
* [prénom - nom] [fonction]
* [prénom - nom] [fonction]

Fait à le

Signature Cachet de l’établissement