

15. ATTESTATION DE STAGE

A retourner par mail dûment complété et signé à diplomes@inma.fr

ATTESTATION DE STAGE

Attestation de la réalisation du stage pratique professionnelle en santé au travail de 105 heures :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom de la Caisse de MSA dans laquelle est réalisée l'activité :

Nom du Médecin chef ou agent de Direction en charge du suivi :

Certifie de la réalisation d'au moins 105 heures de pratique professionnelle au travail, conformément à l'article AR. 4623-31-1. du code du travail

Date:

Signature et cachet de l'entreprise

