



Attestation d'activités salariées

Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale (ARM)

A remplir par l'employeur

Je soussigné(e) : M. Mme

Nom :

Prénom :

Agissant en qualité de (fonction) :

Nom de l'entreprise ou de l'employeur :

Adresse de l'entreprise ou de l'employeur :

Code postal :

Ville :

Signature et Cachet :

Certifie que: M. Mme

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / / à (département de naissance)

Demeurant à :

Code postal :

Ville :

A occupé la fonction ou l'emploi de :

Est ou a été employé(e) depuis le : / / jusqu'au : /

A temps plein A temps partiel : %