

**Attestation suite à l'arrêté du 28 Juin 2024 fixant, à titre transitoire, la liste des pièces justificatives mentionnées aux articles R. 6115-2 du code de la santé publique et R. 313-30-6 du code de l'action sociale et des familles**

Je soussigné(e) (Nom, prénom)..... ,  
 né(e) le .....  
 exerçant la profession de .....  
 et/ou la spécialité de .....

atteste sur l'honneur de justifier du respect de la condition d'une durée minimale d'exercice de 2 ans (en équivalent temps plein) en vacation, CDD, CDI et/ou libéral sur les périodes et les contrats suivants :

date de début	date de fin	nature de l'exercice (libéral, salariée, fonction publique)	Si activité salariée et/ou fonction publique		
			Etablissement	nature du contrat (CDD/CDI)	quotité de travail (nombre d'heures ou de jours travaillés)

Je m'engage à fournir sur simple demande de l'Appel Médical, les pièces justificatives (bulletins de paie, contrats, certificats de travail, etc...) relatives aux informations indiquées dans cette attestation ainsi que la copie de mon diplôme et/ou de l'autorisation d'exercice de ma profession et/ou de ma spécialité.

J'atteste de la véracité des informations ci-dessus et je reconnais que toute fausse déclaration engage ma responsabilité.

A ....., le .....

Signature