

ATTESTATION DE FORMATION

Je sous signé(e)..... ;

Responsable de l'établissement....., atteste avoir reçu et compris les points suivants :

Matériel

Imprimante PMH-

Kit de démarrage TROD

Mise à disposition d'un téléphone oui non MH-.....

Informations

Formation à l'application Peseshet

Documentation memo d'utilisation Peseshet

Documentation identito-vigilance/sécurité numérique

Signalétique patient

Responsabilités

Je m'engage à respecter et réaliser tous les prélèvements et tests en accord avec la réglementation en vigueur

Je confirme avoir une connexion internet (wifi/couverture réseau mobile) stable et pérenne

Formateur

Responsable
de l'établissement

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Fait le/...../..... à