

ATTESTATION POUR LA MISE À DISPOSITION DE MASQUES CHIRURGICAUX

POUR LES SALARIÉS EXERÇANT
DANS LE CADRE D'ACTIVITÉS D'AIDE À DOMICILE

3 MASQUES SONT MIS À VOTRE DISPOSITION

pour votre activité de soutien aux actes essentiels auprès :

- de particuliers employeurs bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA),
- de particuliers employeurs âgés de plus de 70 ans,
- d'accueillis familiaux.

Salarié :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Employeur :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

« Je certifie sur l'honneur que j'exerce une activité à domicile auprès d'un particulier employeur bénéficiant de l'APA, âgé de plus de 70 ans ou dans le cadre de l'accueil familial »

Signature de l'employeur
(précédée de « Lu et approuvé »)

Signature du salarié
(précédée de « Lu et approuvé »)

À

le