**FORMULAIRE D’ENGAGEMENT D’ACCUEIL**

Je soussigné(e) M./Mme **∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

En qualité de **∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

De l’établissement **∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

M’engage à accueillir M. /Mme **∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

Né(e) le **∟∟/∟∟/∟∟∟∟** à **∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

Au sein du service de **∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

A compter du **∟∟/∟∟/∟∟∟∟** jusqu’au **∟∟/∟∟/∟∟∟∟**

Selon les dispositions des articles 6 et 13 du décret n°2020-762 du 3 juin 2020 portant application de l’article 70 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé et relatif à l’exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par des personnes ne remplissant pas les conditions de nationalité ou de diplôme normalement applicables et aux pharmacies à usage intérieur pour une durée de ………………………

en qualité de ……………………………………………..

Fait à , le

*Signature de l’établissement* :

*Signature du candidat :*