



Attestation de stage

Formation préparatoire à la procédure de qualification des TDM selon l'article 32

Nom, prénom de l'apprenant-e :

Institution :

Stages

| Lieux | Durée | Date | Visa de l'apprenant-e | Non, prénom de la personne répondante du stage | Visa de la personne répondante du stage |
|-----------------|--------|------|-----------------------|--|---|
| Bloc opératoire | 1 jour | | | | |
| Endoscopie | ½ jour | | | | |
| Autres clients | ½ jour | | | | |

Date et visa de du responsable de la stérilisation de l'apprenant-e :

Date et visa Espace compétences :