

**ATTESTATION PERMANENTE DE DÉPLACEMENT DÉROGATOIRE
CABINET DE CHIRURGIE DENTAIRE LIBÉRAL
dans le contexte de l'épidémie de coronavirus**

Je soussigné(e), **Dr**

Exerçant au cabinet dentaire situé au :

certifie que les déplacements de la personne ci-après, entre son domicile et son lieu d'activité professionnelle, ne peuvent être différés ou sont indispensables à l'exercice d'activités ne pouvant être organisées sous forme de télétravail (au sens du 1er du 2e alinéa de l'article 1er du décret du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus Covid-19) :

Faisant partie des professionnels de santé et médico-sociaux de ville (chirurgiens-dentistes, médecins, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, aides-soignants, transporteurs sanitaires, biologistes, auxiliaires de vie pour personnes âgées et handicapées...), sa présence sur son lieu de travail et les déplacements pour s'y rendre sont indispensables pour le bon fonctionnement du cabinet médical et la prise en charge des patients atteints de coronavirus et des urgences médicales, malgré les mesures nationales de confinement.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse du domicile :

Nature de l'activité professionnelle :

Lieu d'exercice de l'activité professionnelle :

Trajet de déplacement (Villes de départ/arrivée) :

Moyen de déplacement (voiture, train, etc.) :

Fait à, le/...../.....

Cachet du Cabinet dentaire:

Signature :

Dr