

Annexe 10 (au § 14, paragraphe 2, phrase 2)

Certificat sur le service de soins infirmiers

Nom, Prénom.....,

Date de naissance:

Lieu de naissance.....

effectué un travail infirmier sous ma direction dans le cadre de sa formation dentaire dans l'hôpital ou l'établissement de réadaptation mentionné ci-dessous.

Durée du service infirmier :

depuis..... jusqu'à.....

La formation a été interrompue :

non

oui

de..... jusqu'à.....

Lieu Date.....

joint
ou cachet

Nom de l'hôpital/établissement de réadaptation

.....

.....

(Signature du service infirmier)