

Détection antigénique du virus SARS-CoV-2 sur prélèvement nasopharyngé

Attestation de Formation

Je soussigné(e) Mme / M

Nom & Prénom :

Né(e) le :

Adresse personnelle :

Nom de la pharmacie :

Adresse de la pharmacie :

- Pharmacien
- Etudiant en pharmacie ayant validé sa 1ère année
- Préparateur en pharmacie

Atteste sur l'honneur avoir suivi une formation pour réaliser des tests antigéniques conformément aux recommandations de la Société française de microbiologie.

Auprès du formateur suivant :

Nom de l'organisme ou de la personne :

Date de la Formation :

Fait à _____, le _____

Signature :