|  |  |
| --- | --- |
| LOGOCoordonnées de l’organisme: |  Ville, date  |
| **OBJET : ATTESTATION D’EMPLOI POUR (NOM DE L’EMPLOYÉ OU DU BÉNÉVOLE)** |
|   |
| Madame, Monsieur, |
|   |
| La présente lettre confirme que (**nom de l’employé)** est (**titre poste occupé par l’employé)** à (**nom de l’organisme)**. Cette personne est en contact direct avec des usagers-ères à haut risque et satisfait à la description des **travailleurs-euses de la santé et des services sociaux ciblées par la phase 2 de vaccination.**  |
|   |
| Espérant que ces renseignements vous satisferont, je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées. |
|   |
|   |  |
|    |
|   | SignatureNom de la personne à la directionNom de l’organisme  |
| PJ : Talon de paie de l’employé |  |