|  |  |
| --- | --- |
| LOGO  Coordonnées 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. | |
|  | |
|  |  |
|  | |
|  | Signature  Nom de la personne à la direction  Nom de l’organisme |
| PJ : Talon de paie de l’employé |  |