

Date : _____

ATTESTATION – DÉPISTAGE COVID-19

_____ a fait l'objet d'un dépistage
Nom
relativement au COVID-19. D'ici la réception du résultat, il est demandé par le directeur
national de santé publique du Québec de :

- ☐ Être en isolement strict à domicile. Suite à la réception de votre résultat, des précisions quant à l'isolement vous seront transmises.
- ☐ Ne pas être en isolement strict à domicile.

** Retour au travail, avec le respect des mesures, pour les travailleurs de la santé sans symptôme et en attente d'un résultat de dépistage préventif ou de masse. Il est de la responsabilité du travailleur de contacter son employeur afin de convenir des modalités.*

Signature de l'infirmière

Permis

Date : _____

ATTESTATION – DÉPISTAGE COVID-19

_____ a fait l'objet d'un dépistage
Nom
relativement au COVID-19. D'ici la réception du résultat, il est demandé par le directeur
national de santé publique du Québec de :

- ☐ Être en isolement strict à domicile. Suite à la réception de votre résultat, des précisions quant à l'isolement vous seront transmises.
- ☐ Ne pas être en isolement strict à domicile.

** Retour au travail, avec le respect des mesures, pour les travailleurs de la santé sans symptôme et en attente d'un résultat de dépistage préventif ou de masse. Il est de la responsabilité du travailleur de contacter son employeur afin de convenir des modalités.*

Signature de l'infirmière

Permis