**ATTESTATION SUR L’HONNEUR DELEGANT**

Je soussigné(e) Docteur………………………………………………………………, (profession : …………………………………………………………………) exerçant en tant que délégant dans le cadre du protocole de coopération NATIONAL intitulé **« Intervention d’infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé »** certifie sur l’honneur respecter les obligations relatives à l’exercice de ma profession.

Fait à ………………………..

Le ……… / ……… / 20………

Signature du délégant :