**ETAT NOMINATIF DES PERSONNELS CONSTITUANT LES EQUIPAGES (dossier d’agrément)**

D.O.S.

Service ASNP-TS

**Nom de la société ou de l’établissement :** …………………………………………………………………………………………………………….…

**Adresse :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom Prénom** | **Qualification (1)** | **Date d’entrée dans l’entreprise** | **Poste occupé : ambulancier, auxiliaire ou conducteur** | **% du temps de travail en ETP** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. D.E.A. diplôme d’état d’ambulancier - C.C.A. certificat de capacité d’ambulancier

Formation 70h auxiliaire ambulancier ou personnel assimilé (ayant travaillé en entreprises de transports sanitaires avant le 01/01/2011)

PSC1 (ex BNS/AFPS suite modification article R6312-7 du CSP)

Sans formation…

**Important : tous les justificatifs d’exercice professionnel doivent être joints pour chaque membre d’équipage.**

Je (nous), soussigné(s),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_représentant(s) légal(aux) de l’entreprise de transports sanitaires\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atteste sur l’honneur que ces personnels remplissent les conditions d’exercice fixées par la règlementation en vigueur. En cas de manquements aux dispositions dudit arrêté, je m’expose (nous nous exposons) à des sanctions conformément à l’article R.6312-5 du code de la santé publique. Indépendamment de ces sanctions, toute fausse déclaration ainsi que l’usage d’un document falsifié sont passibles des peines prévues par les articles 441-6 et suivants du code pénal.

Date : Signature