

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

CANDIDAT

Nom : _____ Nom marital : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ Courriel : _____
PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :
 Du : _____ Au : _____

ENTREPRISE

N° Siret : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____
 Courriel : _____
 Nom du responsable de l'entreprise : _____

APPRECIATIONS DE L'EMPLOYEUR

Critères	Insuffisant	Moyen	Bon	Très Bon	Observations
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité					
Qualités humaines et capacités relationnelles					
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale					
Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique					
Capacités organisationnelles					
APPRECIATION GENERALE (rubrique obligatoire)					



PARCOURS / DISPENSE DE FORMATION

l'article 11 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 12/04/2021.

Je soussigné(e) M. Mme.
atteste que la formation de notre agent M. Mme
sera financée par la structure, sous réserve de l'obtention de l'accord de financement.

J'atteste que :

- ☐ L'agent justifie d'une ancienneté de services cumulée **d'au moins un an en équivalent temps plein** effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

OU

- ☐ L'agent justifie d'une ancienneté de services cumulée **d'au moins six mois en équivalent temps plein** effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

ET

- ☐ A suivi la formation « ASH 70 heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée », fait le : / / (joindre la copie de l'attestation de formation)

Date :

Cachet de l'entreprise

Nom et signature du responsable