

CRSA de NORMANDIE

Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e) :

Né(e) le :

A :

Demeurant :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Profession :

- atteste sur l'honneur jouir de mes droits civiques ;
- reconnais également avoir pris connaissance que les membres de la CRSA¹ sont soumis à l'obligation de Déclaration publique d'intérêts (DPI) qui sera à déposer et à actualiser annuellement par le déclarant sur le site internet <https://dpi-declaration.sante.gouv.fr>

Fait à :

Signature :

Le :

¹ Membres de la commission spécialisée de prévention, de la commission spécialisée de l'organisation des soins et de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux.