



Je soussigné(e) Docteur,, chirurgien-dentiste,
déclare que M ou Mme , exerçant
la profession de santé d'assistant.e dentaire au sein de mon cabinet, au sis
.....,
ne peut pas télétravailler et est indispensable au maintien de l'activité de chirurgie-dentaire.

Pour faire valoir ce que de droit.

Le/...../2021

A

Signature