ATTESTATION DE DÉPLACEMENTS DES AGENTS DE L’INSERM

Je soussigné, [Nom prénom] ………………………, exerçant les fonctions de [Fonctions exercées] ……………………… au sein de [Nom de la délégation régionale ou de l’unité] ………………………, située [Adresse] ………………………, certifie que [Nom et prénom l’agent] ………………………, né(e) le [Date de naissance de l’agent] ………………………, doit se rendre

depuis son domicile situé (à compléter)

 sur le ou les sites suivants :

* [Nom et adresse du site] ………………………
* [Nom et adresse du site] ………………………
* [Nom et adresse du site] ………………………

Les déplacements de l’agent,

* à pieds,
* avec un véhicule non motorisé[[1]](#footnote-1),
* en transports en commun
* avec un véhicule motorisé,

au sein des périmètres de sécurité sont nécessaires :

* à l’exercice de ses fonctions : [fonctions exercées par l’agent au sein de l’Inserm] ……………………
* à l’exercice de sa mission : [mission exercée par l’agent du fait de ses fonctions ] ………………………

Cette attestation bénéficie exclusivement à l’agent susmentionné et vaut uniquement pour les missions [Période de la mission ou date de la mission] ……………………….

Si l’agent s’est déplacé avec un véhicule motorisé :

* L’agent dispose d’une place de parking sur son lieu de travail : [ ]  Oui [ ]  Non
* Si oui, indiquer l’adresse du parking : [Adresse du parking] ……………………………………

Fait à :

Le :

|  |  |
| --- | --- |
| Signature de l’employeur ou de la personne ayant délégation de signature | Cachet de l’Inserm |

1. *e.g.* bicyclette, trottinette - y compris électrique. [↑](#footnote-ref-1)