**Exception à l’obligation de télétravail**

**Attestation pour déplacement nécessaire en fonction des activités professionnelles pendant la période de la crise sanitaire « Covid 19 »**

Je soussigné, (prénom et nom), agissant en tant que responsable du Cabinet (nom du cabinet), (adresse), déclare que la personne mentionnée ci-dessous doit obligatoirement pouvoir se déplacer dans le cadre de ses activités professionnelles (travail au bureau et/ou visite clientèle). Il/Elle s’engage à appliquer rigoureusement les mesures de sécurité imposées par les autorités dans le cadre de la crise sanitaire Covid-19

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du collaborateur |  |
| Fonction du collaborateur  |  |
| Numéro national  |  |
| Domicilié à  |  |
| Activités professionnelles nécessitantes le déplacement |  |
| Moyen de transport  |  |

Fait à (lieu) , le (date)

Pour le Cabinet (nom du Cabinet),

(Prénom, nom)

(fonction)