

ATTESTATION
POUR LES MEMBRES DE MISSIONS DE RECHERCHE EN RÉGIONS NORDIQUES

Par la présente, je soussigné(e), représentant(e) de l'Université Laval :

Prénom et nom : _____

Faculté : _____

Département : _____

Centre de recherche
ou laboratoire : _____

Fonction : _____

Organisation : Université Laval

certifie que, dans le cadre des activités de recherche de l'Université Laval, la personne identifiée ci-dessous doit se rendre dans une ou des régions nordiques et qu'elle a été identifiée dans les priorités de vaccination par la Direction régionale de la santé publique de la Capitale-Nationale.

Prénom et nom : _____

Faculté : _____

Département : _____

Centre de recherche
ou laboratoire : _____

Fonction ou programme
d'études : _____

Organisation : _____

Signature

Date