Coronavirus - Formulaire pour les employeurs qui exigent un dépistage COVID-19

**Coordonnées de l’employeur**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’employeur : |  |
| Rue et N° de l’entreprise :  |  |
| NPA et localité de l’entreprise : |  |
| Courriel : |  |
| Numéro de téléphone : |  |

Je confirme que j’ai demandé à mon employé-e, Mme/M. qui ne présente pas de symptômes liés au COVID, de se faire dépister.

Je m’engage à prendre en charge les coûts liés à ce dépistage.

Date :

 



Nom :

Signature :

Le formulaire doit être remis à l’employé-e et envoyé à l’adresse coronavirus@jura.ch - Merci