



LE GROUPE LA POSTE

## JUSTIFICATIF DE DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL

Dans le cadre du couvre-feu sanitaire

Je soussigné(e),....., (fonction)....., certifie que la personne désignée ci-dessous, accomplissant son activité professionnelle pour Le Groupe La Poste, est amenée à se déplacer pendant les heures du couvre-feu sanitaire pour son trajet domicile-travail ou dans le cadre de l'accomplissement des missions qui lui sont confiées :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse du domicile : .....

Nature de l'activité professionnelle : .....

Lieux d'exercice de l'activité professionnelle ou cadre de l'activité itinérante :

.....

Durée de validité de l'attestation : .....

(Nom et cachet de l'employeur)

Fait à ....., le.....