# 

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **SIGNALEMENT DE DIFFICULTES RH**  **DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DE L’OBLIGATION VACCINALE**  **CONTRE LA COVID-19** |  |

**Date du signalement :**

**I/ ÉTABLISSEMENT ET SERVICE**

**Nom et adresse complète de l’établissement ou du service médico-social :**

**Numéro FINESS de l'établissement :**

**Nom et qualité de la personne adressant le signalement :**

**Tél.** : **courriel :**

**II/ DESCRIPTION DES DIFFICULTES RH RENCONTREES**

(Notamment les catégories de poste impactés, les ETP concernés / aux ETP totaux de cette catégorie ainsi que les motifs de ces difficultés)

**III/ DESCRIPTION DE L’IMPACT SUR LA CONTINUITE DES SOINS OU DES PRISES EN CHARGE**

**IV/ MESURES PALLIATIVES MISES EN OEUVRE**

**V/ COMMENTAIRES EVENTUELS**

**VI/ CADRE RESERVE A L’ARS**