



Direction de la santé publique, des affaires  
sociales et de l'intégration  
Office de la santé  
Division Autorisations  
Rathausgasse 1  
Case postale  
3000 Bern 8

## **Demande d'autorisation d'un remplacement**

### **1. Auteur de la demande (titulaire de l'autorisation d'exercer)**

Nom : ..... Prénom : .....  
N° GLN .....

Adresse de l'activité :

.....  
.....  
.....

Dates du remplacement :

du : ..... au : .....  
du : ..... au : .....  
du : ..... au : .....  
du : ..... au : .....

### **2. Remplaçante ou remplaçant**

Nom : ..... Prénom : .....  
N° GLN .....

Date de naissance : ..... Nationalité : .....

Diplôme obtenu le : ..... établi par : .....

Adresse : ..... NPA/localité : .....

Téléphone : ..... Courriel: .....

### **3. Documents concernant la remplaçante ou le remplaçant (à annexer)**

- a) Formulaire de demande dûment rempli et signé
- b) Curriculum vitae professionnel (curriculum vitae)
- c) Si l'allemand ou le français n'est pas la langue principale (langue maternelle) et qu'il n'existe pas d'inscription des connaissances linguistiques correspondantes dans le registre professionnel :
  - diplôme de langue internationalement reconnu, niveau B2 au moins du cadre européen de référence (datant de moins de six ans) ou
  - un diplôme de formation initiale ou continue obtenu en langue allemande ou
  - preuve d'une expérience professionnelle en allemand ou en français dans la profession concernée d'au moins trois ans au cours des dix dernières années.
- d) Extraits de casier judiciaire de tous les pays de résidence des cinq dernières années (ne datant pas de plus de trois mois).

Date et signature de l'auteur de la demande :

\_\_\_\_\_