|  |
| --- |
| Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégrationOffice de la santé  |
|
|

Etablissements médico-sociaux (EMS) et services de maintien à domicile :
déclaration spontanée concernant la direction de l’institution

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’EMS ou du service** |       |
| Type d’exploitation[[1]](#footnote-1) | [ ]  EMS [ ]  Service de maintien à domicile |
| Rue |       |
| NPA, localité |       |
| Tél. |       |
| Courriel |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom de la personne responsable de la direction de l’institution |       |
| Date de naissance |       |
| Date d’entrée en fonction | sélectionner la date |

**Exigences** (cocher ce qui convient)

|  |  |
| --- | --- |
| **Formation** | [ ]  Formation de degré tertiaire ou formation professionnelle initiale sanctionnée par un certificat fédéral de capacité (CFC) |
| **Honorabilité** | [ ]  Exigence vérifiée[[2]](#footnote-2) |
| **Qualifications** | [ ]  Formation ou formation complémentaire en économie d’entreprise et en gestionou[ ]  5 ans d’expérience de direction dans une fonction similaire |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Si la personne responsable de la direction de l’institution ne remplit pas les **conditions requises en matière de qualifications**, elle doit commencer une formation (complémentaire) dans l’année suivant son engagement. Veuillez fournir les informations suivantes :

|  |  |
| --- | --- |
| Titre de la formation (complémentaire)  |       |
| Organisateur |       |
| Date de début |       |
| Date de fin |       |

Le présent formulaire devra être rempli et remis à nouveau à l’Office de la santé (ODS) une fois la formation (complémentaire) achevée. |

**Signature(s) valide(s)[[3]](#footnote-3) de la ou des personne(s) représentant l’organisme responsable**

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom, nom |       |
| Prénom, nom (si signature collective) |       |
| Lieu et date |      , le sélectionner la date |
|  |  |
| Signature(s) |  |

Une fois le présent document dûment rempli et signé, il peut être scanné et envoyé par courriel avec **l’organigramme actualisé de l’institution** à info.bewi.ga@be.ch.

Nous restons à votre disposition en cas de questions:

# Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégration

# Office de la santé, division Surveillance et autorisations

Rathausgasse 1

Case postale

3000 Berne 8

info.bewi.ga@be.ch

Tél. 031 636 43 86

1. Il est possible qu’un EMS / service de maintien à domicile soient exploités par une seule et même direction. Dans ce cas, les deux cases doivent être cochées. [↑](#footnote-ref-1)
2. Conformément à l’[article 52 de l’ordonnance du 24 novembre 2021 sur les programmes d’action sociale](https://www.belex.sites.be.ch/frontend/versions/2488/art52?locale=fr) (OPASoc ; RSB 860.21) [↑](#footnote-ref-2)
3. Conformément à la réglementation des signatures [↑](#footnote-ref-3)