**Droguiste**

**Demande d’autorisation de suppléance**

Compléter le formulaire en version électronique ou en version papier (en majuscules), le signer et l’envoyer avec les annexes à l’adresse ci-contre

Informations:

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/gesundheitsberufe/drogistin_drogist.html>

**[ ]  Premier octroi**

**[ ]  Prolongation**

Office du pharmacien cantonal

Rathausgasse 1

3011 Berne

T 031 633 79 26

F 031 633 79 28

info.kapa@gef.be.ch

[www.be.ch/kapa](http://www.be.ch/kapa)

**Coordonnées de la ou du droguiste responsable (gérant-e)**

Nom:

Prénom:

 Date de l’autorisation d’exercer du canton de Berne:

Taux d’occupation (%):

Tél.:

Courriel:

**Coordonnées de la droguerie**

Nom:

Rue:

NPA et lieu:

Tél.:

Courriel:

**Coordonnées de la suppléante ou du suppléant**

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA et lieu:

Tél.:

Courriel:

Date de naissance:

Origine:

Date du diplôme/certificat d’apprentissage:

Travaille à la droguerie depuis (date): ……….………..

Taux d’occupation: ..………………………………………………………     % (selon le contrat de travail)

**Conditions d’engagement**

**Qualification** [ ]

[ ]  droguiste CFC

[ ]  1 an d’expérience au minimum (à 80% au minimum) comme droguiste CFC dans la droguerie faisant la demande (période durant laquelle le cours de suppléance peut être suivi) pour la première suppléance

[ ]  au moins 3 mois d’initiation (à 80% au minimum) dans la nouvelle droguerie à partir de la deuxième.

[ ]  formation complémentaire (cours ASD du [date]:…………....     )

**Contrat**

[ ]  à durée illimitée

[ ]  à durée limitée jusqu’au (date): ……….………..

**Suppléance**

[ ]  hebdomadaire/jours par semaine: ……………………..

[ ]  vacances

[ ]  service militaire

[ ]  autre (prière d’indiquer la raison)

**Personne à joindre en cas de question durant la suppléance (droguiste titulaire d’une autorisation d’exercer du canton de Berne)**

Nom:

Prénom:

NPA et lieu:

Date de l’autorisation du canton de Berne:

Tél.:

Nous déclarons que les tâches, les droits et devoirs et les responsabilités de la suppléante ou du suppléant font l’objet d’une réglementation écrite (contrat de travail, descriptif de fonction, cahier des charges, etc.) et que la suppléance est documentée conformément aux conditions du système d’assurance qualité de la droguerie.

Lieu et date: ……………………………………

………………………………………………….. ………………………………………………..

Signature droguiste Signature suppléant-e

**A joindre (seulement à la première octroi)**

[ ]  Certificat de capacité (droguiste CFC)

[ ]  Attestation de formation complémentaire (cours ASD)

[ ]  Pour la première suppléance : attestation de travail de 1 an au minimum (à 80% au minimum) comme droguiste CFC dans la droguerie faisant la demande (période durant laquelle le cours de suppléance peut être suivi)

[ ]  Pour les suivantes : la demande de suppléance peut être déposée au plus tôt au terme d’une période d’initiation de 3 mois au minimum (à 80% au minimum) dans la nouvelle droguerie, en cas de changement.

[ ]  Nom et adresse de la personne pouvant être jointe en cas de question durant la suppléance (droguiste
titulaire d’une autorisation du canton de Berne)