**DECLARATION D’ACTIVITE** \*

**(Date limite au 22 novembre 2022)**

**🞎 Auxiliaire en pharmacie**

**🞎 Employé en pharmacie en cours d’acquisition des connaissances pharmaceutiques (« En Formation »)**

- Délibération n° 88-153 du 20 octobre 1988 modifiée relative à certaines dispositions concernant l’exercice de la pharmacie

**Je soussigné(e) :** **🞎 Madame 🞎 Monsieur**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM**  *(Joindre la copie d’une pièce d’identité)*  **NOM Marital (s’il y a lieu)** | **Prénom(s)** |
| **Né(e) le** | **à** |
| **Employé(e) à** | **Patenté(e) à** |
| **Titulaire du diplôme, certificat, titre professionnel ou autorisation d’exercice d’une profession de santé :**  *(Joindre la copie de toute justification)* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Coordonnées personnelles** | **Coordonnées professionnelles** |
| **Adresse géographique** |  |  |
| **Adresse postale** |  |  |
| **Téléphone/Portable** |  |  |
| **Messagerie (Courriel)** |  |  |

**1/ Justifie avoir effectué, dans les fonctions d’auxiliaire en pharmacie :**

**🞎 (plus de) ≥ deux ans de service effectif en pharmacie (en équivalent temps plein)**

**🞎 (moins de) < deux ans de service effectif en pharmacie (en équivalent temps plein)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Au sein de la structure pharmaceutique** | **Durée** | **Durée cumulée** |
| *Joindre la copie de toute justification (déclaration du(des) pharmacien(s), attestation du(des) pharmacien(s), contrat de travail, bulletin de salaire, etc.)* | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2/ Atteste avoir suivi la formation d’auxiliaire en pharmacie délivrée par l’Ordre des pharmaciens de la Polynésie française.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titre de la formation effectuée** | **Date(s) de la formation** | **Commentaire(s)** |
| *Joindre la copie de l’attestation, du certificat ou du titre professionnel de formation d’auxiliaire en pharmacie délivré par l’Ordre des pharmaciens de la Polynésie française* | | |
|  |  |  |

*\* A titre d’exemple*

**Fait à .................... .................... .................... ...................., le .................... .................... .................... ................**

**Signature**

|  |
| --- |
| **DECLARATION DU PHARMACIEN** |
| **Je, soussigné(e), \***  **🞎 Mme / 🞎 M. / 🞎 Dr .................... .................... .................... .................... .................... .................... ……………….. ................. .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... pharmacien**  **N° d’enregistrement du diplôme à l’ARASS : .................... ....................**  **N° d’inscription à l’Ordre des pharmaciens : .................... ....................**    **🞎 titulaire 🞎 gérant 🞎 responsable 🞎 remplaçant du titulaire/gérant/responsable**  **🞎 adjoint 🞎 remplaçant d’adjoint**  **De la structure pharmaceutique suivant***(tampon ou identification de l’entreprise ou de la société)* **:**  **🞎 officine de pharmacie**  **🞎 pharmacie à usage intérieur**  **🞎 établissement pharmaceutique**  **🞎 Autre (préciser) .................... .................... .....................**  **atteste que 🞎 Mme / 🞎 M. .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... ....................**  **employé en pharmacie, né(e) le .................... .................... .................... .................... .................... à .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... .................... ..........**  **titulaire du 🞎 CAP d’aide-préparateur en pharmacie**  **🞎 CAP d’employé en pharmacie**  **🞎 Mention Complémentaire CAP d’employé en pharmacie**  **🞎 Diplôme d'adjoint technique de santé option « aide-préparateur en pharmacie »**  **🞎 Autre diplôme, certificat, titre professionnel et/ou autorisation d’exercice d’une profession de santé**  **🞎 sans diplôme, certificat, titre professionnel et/ou autorisation d’exercice d’une profession de santé.**  **🞎 a effectué dans les fonctions d’auxiliaire en pharmacie, 🞎 a effectué dans les fonctions d’auxiliaire en pharmacie,**  **AU MOINS DEUX ANNEES DE SERVICE** **effectif en pharmacie,** **MOINS DE DEUX ANNEES DE SERVICE effectif en pharmacie,**  **en équivalent temps plein, sous mon contrôle effectif : en équivalent temps plein, sous mon contrôle effectif :**  **🞎 à temps complet du .................... .................... ................... ..................... au .................... .................... .................... .................... .................... .................... .**  **.................... .................... ................... ..................... au .................... .................... .................... .................... .................... .................... .**  **.................... .................... ................... ..................... au .................... .................... .................... .................... .................... .................... .**  **.................... .................... ................... ..................... au .................... .................... .................... .................... .................... .................... .**  **🞎 à temps partiel du .................... .................... ................... ..................... au .................... .................... .................... .................... .................... .................... (………………………………………….. heures/mois).**  **.................... .................... ................... ..................... au .................... .................... .................... .................... .................... .................... (………………………………………….. heures/mois).**  **.................... .................... ................... ..................... au .................... .................... .................... .................... .................... .................... (………………………………………….. heures/mois).**  **.................... .................... ................... ..................... au .................... .................... .................... .................... .................... .................... (………………………………………….. heures/mois).**  **Correspondant dans les fonctions d’auxiliaire en pharmacie, en équivalent temps pleins, à .................... ……...................an(s),**  **.................... .........................mois,**  **.................... ........................jours.**  **Fait à .................... .................... .................... ...................., le .................... .................... .................... ................**  **Signature** |

*\* Cocher les cases correspondantes à la déclaration*