

Cette fiche doit être complétée par l'employeur et par le salarié(e)  
et envoyée au CFA en recommandé avec accusé de réception

AVANT LE 30 JUIN 2022 avec :

- une copie du diplôme du Brevet Professionnel Préparateur en Pharmacie (pour les personnes qui passent l'examen du BP à la session 2022, le relevé de notes du BP devra nous parvenir dès les résultats)
- une copie lisible recto-verso de la carte d'identité et un IBAN (RIB) pour l'aide aux transports
- 1 exemplaire de votre CV à jour + lettre de motivation

**Pour tous renseignements concernant la prise en charge de la formation, merci de contacter l'OPCO EP au 09 70 838 837 ou <https://www.opcoep.fr>**

**LE SALARIE(E) :**

NOM de jeune fille : ..... NOM d'épouse : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Ville : ..... Pays : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Email : .....

Je suis déjà diplômé(e) du BP préparateur en Pharmacie. Année : ..... au CFA de : .....

Je suis actuellement en 2<sup>ème</sup> année de BP préparateur en pharmacie au CFA de : .....

J'ai pris connaissance auprès de l'OPCO EP des conditions de prise en charge financière de la formation (<https://www.opcoep.fr/ressources/centre-ressources/criteres/criteres-opcoep-pharmacies.pdf> )

**L'EMPLOYEUR :**

Nom de la pharmacie : .....

Nom(s) de l'employeur : .....

Adresse de la pharmacie : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Email pharmacie : .....

J'autorise Mme/M ..... à suivre la formation du CQP de Dermo-Cosmétique Pharmaceutique pour 2022-2023.

**Merci de nous préciser la nature du contrat qui vous liera avec le salarié(e) pendant la formation du CQP :**

.....

J'ai pris connaissance auprès de l'OPCOEP des conditions de prise en charge financière de la formation (<https://www.opcoep.fr/ressources/centre-ressources/criteres/criteres-opcoep-pharmacies.pdf> )

Fait à : ..... Le : .....

Signature de l'employeur et **cachet de l'entreprise** :

Signature du salarié(e) :