

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 2024 accompagnée des pièces suivantes :

- une copie du diplôme du BP ou du DEUST Préparateur-technicien en Pharmacie (pour les personnes qui passent l'examen du BP ou du DEUST à la session 2024, le relevé de notes devra nous parvenir dès les résultats)
- une copie lisible recto-verso de la carte d'identité
- un IBAN (RIB) pour l'aide aux transports
- 1 exemplaire de votre CV à jour + lettre de motivation

☞ **Pour tous renseignements supplémentaires concernant la prise en charge de la formation, merci de contacter l'OPCO EP au 09 70 838 837 ou <https://www.opcoep.fr/criteres-de-financement?branche=175>**

LE SALARIE(E) :

NOM de jeune fille : NOM d'épouse :

Prénom : Date de naissance : Ville :

Pays : Portable : Email :

Adresse :

CP : Ville :

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

Je suis actuellement en 2^{ème} année de BP ou DEUST préparateur-technicien 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/criteres-de-financement?branche=175>)

L'EMPLOYEUR :

Nom de la pharmacie :

Nom(s) et prénom(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 2024-2025.

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/criteres-de-financement?branche=175>)

Fait à : Le :

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

Signature du salarié(e) :