AFICEPP
CFA Pharmacie
TOULOUSE

FEUILLE D'INSCRIPTION 2024-2025
CQP DMMO
DISPENSATION DU MATERIEL MEDICAL A L'OFFICINE

Cette fiche doit être complétée par l'employeur et par le salarié(e) et envoyée au CFA
AVANT LE 12 JUILLET 2024 accompagnée des pièces suivantes :

- une copie du diplôme de pharmacien ou du BP préparateur en pharmacie ou du DEUST préparateur technicien en pharmacie (ou le relevé de notes de l'examen pour ceux qui le passent à la session 2024)
- une copie **lisible** recto-verso de la carte d'identité
- 1 exemplaire de votre CV à jour + lettre de motivation
- un IBAN (RIB) pour l'aide aux transports

☞ **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/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 : ☐ pharmacien(ne) ☐ préparateur/trice en pharmacie. Année obtention diplôme : ……

☐ Je suis actuellement en 2ème 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 DMMO 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) :