

ORTHOPÉDIE



La formation tout au long de la vie...

| | |
|---------------------------|--|
| Période : | Du 8 novembre 2018 au 28 février 2019 |
| Durée et rythme : | 105 heures - 15 jours - le Jeudi de 9h à 17h |
| Lieu : | CFPP - 59 rue Planchat 75020 PARIS |
| Public : | Préparateurs (trices) en Pharmacie et Pharmaciens Adjoints |
| Intervenant : | Carole TAMARINDI Docteur en Pharmacie - Titulaire du DU Orthèses et prothèses externes |
| Objectifs : | <ul style="list-style-type: none">✓ Savoir aménager le rayon orthopédie selon la réglementation✓ Savoir appréhender une prescription selon la réglementation✓ Prise en charge des orthèses et facturation✓ Application de l'appareillage✓ Savoir donner les conseils d'utilisation et d'entretien✓ Déterminer un besoin hors prescription et vente annexe✓ Savoir seconder un responsable de rayon en orthopédie |
| Programme : | <ul style="list-style-type: none">✓ Réglementation de l'orthopédie (sur la pratique, le lieu et les produits)✓ Rappels d'anatomie et physiologie✓ Les pathologies et cas rencontrés en milieu officinal✓ Les différents appareillages et leur application✓ Facturation en orthopédie✓ conseils au patient |
| Certificat : | Certificat de formation |
| Nombre de places : | 18 |
| Financement : | Formation totalement prise en charge et sans aucune avance de frais pour l'employeur et le salarié. (nous contacter pour plus de renseignements) Coût de la formation : 3000 € HT soit 200 € par jour. |
| Formalités : | Complétez la demande d'inscription de ce catalogue avec votre employeur et suivez scrupuleusement les démarches d'inscription. Le formulaire de demande de prise en charge d'Actalians Plan est téléchargeable sur www.cfpp.org. Les dossiers complets seront traités par ordre d'arrivée. Le CFPP validera ou non votre inscription en fonction des places disponibles. Dans le cas d'une réponse positive, c'est le CFPP qui effectuera les démarches auprès d' Actalians pour la prise en charge financière de votre formation. |

Développez vos compétences et votre savoir-faire

SALARIÉS

Salarié n° 1

Nom / prénom

5 premiers N° SS

Intitulé de poste

Statut du salarié

Cadre non-cadre

Date d'entrée entreprise

Nbre d'heures/mois

Salaire mensuel brut

Salarié n°2

Nom / prénom

5 premiers N° SS

Intitulé de poste

Statut du salarié

Cadre non-cadre

Date d'entrée entreprise

Nbre d'heures/mois

Salaire mensuel brut

Je certifie que les bénéficiaires de l'action de formation, mentionnés dans la présente demande de prise en charge, sont bien salariés de l'entreprise ou de l'établissement pendant toute la durée de l'action et qu'ils ont bien été informés de leurs droits et obligations avant leur départ en formation.

Fait à : _____ Le : / /

Signature :

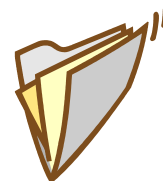
Cachet de l'entreprise ou de l'établissement

Important !

Les formations à destination des apprentis, des stagiaires et des intérimaires ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge d'Actalians.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire par les entreprises ou les établissements. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès d'Actalians.

DOSSIER D'INSCRIPTION A POSTER COMPLET
au CFPP Service formation Continue 59 rue Planchat 75020 PARIS



Complétez votre dossier d'inscription avec votre employeur.

Votre dossier d'inscription doit contenir :

Pour les CQP :

- Cette demande d'inscription complétée et signée.
En retour le CFPP vous indiquera, **par mail uniquement**, la procédure à suivre auprès d'Actalians pour obtenir la prise en charge de votre CQP.

Pour toutes les autres formations :

- Cette demande d'inscription complétée et signée
- La demande de prise en charge Actalians Plan (**l'original + 1 copie**) téléchargeable sur www.cfpp.org
- 1 copie de votre dernier bulletin de salaire, (si nouvelle embauche : 1 copie du contrat de travail)
- 1 copie de votre diplôme de Préparateur en Pharmacie ou de Docteur en Pharmacie

| | |
|-----------------------|--|
| PARTIE SALARIÉ | NOM suivi du Nom d'épouse _____ Prénom : _____ Date de Naissance : ____/____/____ Ville : _____ Nationalité : _____ N° Dpt : _____ Pays : _____ Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____ Tél : _____ Portable : _____ Email (obligatoire) : _____ <input type="checkbox"/> Je suis salarié (e) : <input type="checkbox"/> en CDI <input type="checkbox"/> en CDD : Date d'embauche __/__/__ précisez le nombre de mois ____ <input type="checkbox"/> Je suis à la recherche d'un emploi Êtes-vous un ancien élève du CFPP ? <input type="checkbox"/> Oui - Année Scolaire : _____ <input type="checkbox"/> Non Êtes vous diplômé(e) : <input type="checkbox"/> Préparateur en Pharmacie <input type="checkbox"/> Pharmacien (adjoint) <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____ |
| | NOM - Prénom : _____ Raison sociale : _____ Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____ Tél : _____ Fax : _____ Siret (obligatoire) : _____ Email (obligatoire) : _____ J'autorise Mme/Mlle/M. _____ A suivre la formation suivante : <i>cochez la formation choisie</i> <input type="checkbox"/> CQP de Conseiller(ère) en dermo-cosmétique pharmaceutique <input type="checkbox"/> CQP Vente Conseil de produits cosmétiques et d'hygiène en officine <input type="checkbox"/> Phytothérapie et aromathérapie <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Maintien à domicile <input type="checkbox"/> Orthopédie <input type="checkbox"/> Homéopathie <input type="checkbox"/> Conseil vétérinaire <input type="checkbox"/> Les plaies chroniques <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> SST |
| | Fait à _____ le : __ / __ / 20__ SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR CACHET DE L'ENTREPRISE |