PRE-INSCRIPTION au CFA 2024

DEUST PREPARATEUR/TECHNICIEN EN PHARMACIE

L'EMPLOYEUR	
Raison sociale : …… Nom et prénom du responsable : ……	Tampon de l'entreprise
N° Siret : …… Code APE : 4773Z Convention collective Pharmacie d'officine 1996	Nombre de salariés : …… Mail : ……
Adresse : ……	Téléphone : …… Fax : ……
Caisse de retraite complémentaire apprenti : ……	
L'APPRENTI(E)	
Nom : …… Prénom : …… N° Sécurité Sociale :……	Date de naissance : …… Lieu de naissance : …… Nationalité : ……
Adresse : …… ……	Téléphone : …… Mail : ……
Nom et prénom du représentant légal : ……	
Avez-vous une RQTH (reconnaissance qualité de travailleur handicapé) ou OETH ? ☐ Oui ☐ Non **(à joindre)**	
Situation avant l'apprentissage : …… Diplôme BAC obtenu : …… **(copie à joindre)**	
LE CONTRAT D'APPRENTISSAGE	
Date de début du contrat :…… Date de fin du contrat : …… Durée hebdomadaire de travail : 35 h Salaire brut mensuel à l'embauche : 989.47 € (01.01.24)	
Nom et prénom du maître d'apprentissage : …… Poste occupé : Pharmacien titulaire	Diplôme obtenu : pharmacien Année d'expérience : …… Date de naissance : ……
Salaire versé à l'apprenti : 1ére année du …… Au …… 56 % du coef 150 2ème année du …… Au …… 67 % du coef 160	

Signature de l'apprenti(e) **Signature de l'employeur**

Ce document sera valable seulement si le jeune est titulaire du BAC

Pensez à faire la DPAE auprès de l'URSSAF et prendre un RV auprès de la Médecine du travail

CFA Employés en Pharmacie -60 rue de Narvik-07500 GUILHERAND-GRANGES
☎04-75-44-12-25 Mail : contact@cfa-sante-2607.fr