

Déclaration concernant la poursuite de la formation postgrade en pharmacie hospitalière à partir du 1.7.2023

Personne en formation

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Date début de formation : _____

Établissement de formation postgrade principal

Nom : _____

Lieu : _____

Formateur·trice principal·e

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Ce formulaire FP09 est valable à partir du 01.07.2023

Déclaration selon l'art. 11 PFP en pharmacie hospitalière

Les personnes en formation qui ont commencé leur formation postgrade selon l'ancien programme (entré en vigueur le 01.01.2016) peuvent demander, dans un délai de trois ans après l'entrée en vigueur du nouveau programme (en vigueur le 01.07.2023), d'obtenir le titre de spécialiste en pharmacie hospitalière selon les anciennes dispositions.

Les personnes qui ont commencé la formation postgrade selon l'ancien programme de formation (entré en vigueur le 01.01.2016) et qui après l'entrée en vigueur du présent programme de formation ne font pas la demande auprès de la FPH Hôpital de terminer la formation postgrade selon l'ancien programme jusqu'au 31.12.2023 au plus tard, acceptent leur réinscription selon le nouveau programme de formation postgrade.

L'exécution du changement doit se faire sous la forme et dans le délai définis par la FPH Hôpital.

Les éléments de la formation postgrade accomplis selon l'ancien programme de formation postgrade restent valables selon le nouveau programme de formation postgrade et ne doivent pas faire l'objet d'une reconnaissance particulière.

En accord avec mon/ma formateur·trice principal·e je choisis de suivre :

- Le nouveau programme de formation du 1^{er} juillet 2023** (avec suivi de la formation dans le logbook « Suivi de la formation postgrade », y retranscrire les objectifs réalisés avant le 1^{er} juillet 2023 le cas échéant)
- L'ancien programme de formation 2016** (avec suivi de la formation dans le formulaire d'évaluation des objectifs de formation no 10170021)

Personne en formation

Lieu/date : _____ Signature : _____

Formateur·trice principal·e

Lieu/date : _____ Signature : _____