

Attestation de la période d'assistantat

Année d'assistantat: _____ / _____
Haute école universitaire Université Genève (EPGL)
 Université Bâle
 EPFZ / ETH Zürich

Madame / Monsieur _____

(Prénom, nom, adresse, NPA, localité)

a effectué, dans le cadre de ses études de Master en pharmacie, une partie ou la totalité de sa période d'assistantat dans la pharmacie mentionnée ci-dessous.

La durée de la période d'assistantat accomplie fut de _____ semaines (temps de travail effectif, sans les vacances).

La formation s'est faite selon les conditions-cadre de l'année d'assistantat (règlement d'étude de la haute école universitaire concernée, objectifs de formation pour la période d'assistantat, contrat de travail de pharmaSuisse).

Pharmacie formatrice :

(Nom, adresse)

Formateur/formatrice:

(Nom, prénom)

Le formateur/la formatrice:	Lieu et date: _____ Signature: _____
L'assistant/l'assistante:	Lieu et date: _____ Signature: _____
L'employeur, resp. le pharmacien/la pharmacienne responsable de la pharmacie formatrice:	Lieu et date: _____ Signature: _____ Timbre de la pharmacie formatrice:

→ Ce document doit être envoyé à la **haute école universitaire concernée**. Les délais d'envoi et adresses sont mentionnés dans le document « Liste des documents de pharmaSuisse pour l'année d'assistantat ».