Le cahier des charges est à destination des pharmaciens souhaitant proposer des actions libres dans le cadre du parcours DPC du CNP Pharmacie (Formation ou Évaluation des pratiques professionnelles et/ou Gestion des risques). Le respect de ce cahier des charges est impératif pour la labélisation et la qualité du programme.

Le professionnel doit fournir, en complément du présent cahier des charges, **l’ensemble des pièces justificatives nécessaires** (attestation de réussite, déroulé de l’action, diplômes …)

**En aucun cas une formation déjà prévue comme validante dans le parcours DPC par le CNP comme des formations ANDPC, des DU des facultés de pharmacie… ne doit être déposée.** [**https://cnppharmacie.org/parcours-dpc-du-cnp-pharmacie/**](https://cnppharmacie.org/parcours-dpc-du-cnp-pharmacie/)

1. **Informations générales du pharmacien**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom / Prénom |  |
| Exercice(s) pharmaceutique(s) et spécialisation |  |
| N° RPPS |  |
| Adresse e-mail |  |

1. **Action**

|  |  |
| --- | --- |
| Catégorie de l’action dans le parcours DPC du CNP Pharmacie ***Formation****: 1-16 Action libre proposée par un pharmacien* ***OU******EPP et/ou gestion des risques :*** *2-12.1 Action libre proposée par un pharmacien* |  |
| Nom de l’action ***NB : si concerné, fournir le lien internet vers l’action*** |  |
| Nom de l’organisme dispensant l’action ***Si concerné*** |  |
| Résumé succinct de la formation et objectifs |  |
| Format |  |
| Durée  ***Si concerné*** |  |
| Modalités d’évaluation ***Si concerné*** |  |
| Expliciter la/les raison(s) vous ayant incitée(s) à suivre cette action |  |
| Détailler ce que cette action vous a apporté sur votre pratique professionnelle |  |

En signant, le professionnel reconnaît avoir pris connaissance de ces conditions et s'engage à les respecter dans leur intégralité. **Le non-respect de ces engagements peut entraîner des conséquences sur la labélisation de l’action.**

**Date :**

|  |
| --- |
|  |

**Signature du professionnel (nom, prénom) :**

|  |
| --- |
|  |

**Tous les membres du CNP Pharmacie qui examinent et rendent un avis sur les demandes d’action ont signé une clause de confidentialité, de non-divulgation et de non-utilisation des documents qu’ils ont à étudier.**

**Contact pour les questions et clarifications :** [**contact@cnppharmacie.org**](mailto:contact@cnppharmacie.org)