

Déclaration spontanée concernant la direction de l'institution

Respect des exigences à remplir pour l'octroi d'une autorisation d'exploiter une institution pour adultes présentant une addiction ou des problèmes psychosociaux¹

(à remplir en ligne et imprimer)

Institution _____

Rue _____

NPA, localité _____

Tél. _____

Courriel _____

Nom et prénom de la personne
dirigeant l'institution _____

Date de naissance _____

Date d'entrée en fonction _____

Exigences (= cocher ce qui convient)

Formation _____

- formation du degré tertiaire ou certificat fédéral de capacité
 attestation d'équivalence pour les diplômes étrangers

formation complémentaire en direction d'institution

ou

formation équivalente en gestion couvrant les domaines

suivants :

- conduite du personnel
 management de l'organisation
 gestion financière

Formation complémentaire en
gestion _____

ou

10 ans d'expérience de direction au minimum

L'organisme responsable confirme que les exigences à remplir concernant la direction de l'institution définies dans la directive mentionnée à la note 1 sont

remplies partiellement remplies

Il confirme également que l'extrait du casier judiciaire central a été vérifié.

Mesures prévues si les exigences ne sont que partiellement remplies

Délai de finalisation des mesures : _____

Veuillez informer l'Office des affaires sociales de la finalisation des mesures.

¹ «Autorisation d'exploiter un foyer: exigences à remplir»

Titulaire de l'autorisation (organisme responsable)

Nom

Lieu et date

Signature

Merci d'envoyer le formulaire dûment complété, daté et signé par courrier postal à l'adresse suivante :

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale
du canton de Berne
Office des affaires sociales
Division promotion de la santé et addictions
Rathausgasse 1
3011 Berne