

Déclaration spontanée concernant la direction de la prise en charge

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 assumant la direction de la prise en charge _____

Date de naissance _____

Date d'entrée en fonction _____

Exigences = cocher ce qui convient

Formation

- formation du degré tertiaire conforme aux directives de la Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS) pour le domaine C
- attestation d'équivalence pour les diplômes étrangers

Expérience professionnelle dans le secteur du troisième âge après obtention du diplôme

- 2 ans à 100% (pour les temps partiels, durée prolongée au prorata du taux d'occupation)

L'organisme responsable confirme que les exigences à remplir concernant la direction des soins 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