

Motivation des demandes
d'activité partielle

Pharmacie

Fiche d'aide à la rédaction



QUELLES SONT LES CIRCONSTANCES ET LES MOTIFS DE LA MISE EN ACTIVITE PARTIELLE DE VOTRE OFFICINE ?

Dans tous les cas, merci de compléter les informations ci-dessous :

REDUCTION DE L'ACTIVITE LIEE AU COVID-19

- Fermeture de la galerie commerciale → Pièce à fournir : photos/mails
- Fermeture des cabinets médicaux aux alentours → pièce à fournir : photos
- Baisse de fréquentation de la clientèle du fait de la réorganisation imposée par les recommandations sanitaires (confinement - mesures barrières - règles de distanciation - pas de libre circulation dans la surface de vente/nombre de patients limité dans la surface de vente - limitation du nombre de poste au comptoir - limitation du matériel utilisé : terminaux carte bancaire et carte vitale notamment - Patients au compte-gouttes dans la surface de ventes conséquence du respect des gestes barrières par la patientèle)
- Pharmacie volontairement à volets fermés
→ Pièces à fournir : édition client jour + édition du CA quotidien + tableau évolution journalière d'activité à télécharger sur le site
- Absence de personnes indispensables (exemple : pharmaciens malades) → Pièce à fournir : arrêts maladie (si pas déjà envoyé au service social)
Précisions :
Noms : Noms :
Dates : Dates :
Motifs : Motifs :
- Difficultés d'approvisionnement :
 - Précisions :
→ Pièces à fournir : mails fermeture fournisseurs + mails rupture stock fournisseurs + photos des rayons
- Baisse significative du CA du fait du confinement → Pièce à fournir : tableau évolution journalière d'activité à télécharger sur le site exco.fr
- Production de solution hydro-alcoolique
 - Oui
 - Non
 - Impossible (défaut approvisionnement : rupture stock alcool et contenant)
- Autre, à préciser :



MESURES MISES EN ŒUVRE POUR LIMITER LE RECOURS A L'ACTIVITE PARTIELLE

- Réduction concertée de la durée du travail
 - Avenant de passage à temps partiel : congé parental...
 - Modification des horaires d'ouverture et maintien de la rémunération)
 - Autre (préciser) :
 - Prise de jours RTT
 - Attribution de congés payés
 - Formation
 - Autre (préciser) :
-

DESCRIPTION DE LA SOUS-ACTIVITE

- Réduction d'activité
- Ou
- Suspension d'activité

Elle Concerne :

- La totalité de l'officine

Ou

- Une partie de l'officine

Date de début :

Date de fin prévisionnelle :

Effectif concerné par l'activité partielle (en personne physique = 1 temps partiel compte pour 1) :

INFORMATION DE L'ACTIVITE PARTIELLE

- Sous activité actuelle – réduction du temps de travail à décrire salarié par salarié

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Sous activité prévisionnelle – Estimation sur 6 mois de la réduction du temps de travail salarié par salarié

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CONSULTATION CSE (ENTREPRISES A PARTIR DE 11 SALARIES)

Il y a au moins 11 salariés dans l'officine (équivalent temps plein) :

Non

Oui, y a-t-il un CSE ?

Non

Oui → pièce à fournir : joindre le PV de consultation CSE

