DOSSIER DE CANDIDATURE

REPONSE DE L’ETABLISSEMENT DE SANTE

XX (nom,adresse, Finess)….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM | PRENOM | FONCTION | TELEPHONE | MAIL |
|  |  |  |  |  |

A remplir par l’Etablissement (maximum 4 à 5 pages)

1. **IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DU PROJET**

A renseigner

**II. CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE**

A renseigner

**III. COUT PREVISIONNEL DU PROJET**

A renseigner

**IV. ARTICULATION AVEC LE PMP ET LE PROJET**

**DE SOINS PARTAGES \*(si le projet est en lien avec le PMP)**

A renseigner

**V. RESULTAT ESCOMPTE ET MODALITES DE SUIVI ENVISAGEES**

A renseigner

**VI. ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS**

**ET ETABLISSEMENTS CONCERNES \***

A renseigner

\* Le cas échéant, si le projet implique des équipes médicales, il peut être utile de joindre tout élément témoignant de l’adhésion large à la démarche en question.

CRITERES D’ELIGIBILITE RELATIF AU DOSSIER DE CANDIDATURE

Le dossier doit impérativement comprendre l’ensemble des éléments suivants :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***CRITERES*** | | ***OUI/NON*** |
| Le dossier de candidature conformément à la trame jointe, signé par le représentant légal de la structure et répondant aux critères suivants : | |  |
|  | * Complétude du dossier |  |
| * Intérêt, pertinence du projet et objectifs |  |
| * Qualité des organisations envisagées |  |
| * Faisabilité technique du projet |  |
| * Qualité et faisabilité de la partie financière |  |
| L’avis du Président de la Communauté Médicale d’Etablissement et la signature du dossier par la Direction générale | |  |
| Le justificatif du coût du projet (devis, …) | |  |

**Date et Signatures**

* Porteur de projet
* CME
* Directeur de l’établissement