****Mac:Users:xavier.hasendahl:Desktop:ELEMENTS TEMPLATES SIG:LOGOS:REPUBLIQUE_FRANCAISE:eps:Republique_Francaise_CMJN.eps

|  |
| --- |
| **Annexe 1 – Dossier de manifestation d’intérêt**  **PLACE DES SERVICES DE PEDIATRIE DES CENTRES HOSPITALIERS DANS L’OFFRE DE NIVEAU 2 DU PARCOURS TSLA EN REGION PACA** |

Date limite de réponse : **18/11/2023**

1. **Etablissement porteur du projet** 
   1. **Identification de l’établissement ou gestionnaire :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Présentation du porteur** | |
| **Nom de l’établissement support** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse de l’établissement support** |  |
| **Nom, prénom, fonction et adresse mail du représentant légal de l’auteur de la demande** |  |
| **N° FINESS juridique et géographique** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Nom, fonction et coordonnées de la personne chargée du dossier** |  |

*Apportez toute autre précision jugée nécessaire sur les activités du gestionnaire porteur :*

### Présentation du service et de l’équipe concernée par le projet

*RH, organisation, fonctionnement, activité*

1. **Description du projet**

*Décrire le projet, les motivations, les objectifs, les moyens, les résultats attendus*

1. **Le financement demandé**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Postes de dépenses** | **Budget Prévisionnel  sur 12 mois** | **Justification des demandes** |
| **Investissement** |  |  |
| **Salaires** Préciser le Profil, Qualification, ETP, type de contrat |  |  |
| **Formations personnels** |  |  |
| **Autre Frais généraux** (à préciser) |  |  |
| **TOTAL** |  |  |