|  |
| --- |
| **DOSSIER DE CANDIDATURE** |
| **Appel à Manifestations d’Intérêts**  **« Accompagnement et financement des protocoles de coopération locaux en ville »**  **Structures éligibles : Centres de santé / Maisons de Santé Pluriprofessionnelles / Communautés Professionnelles Territoriales de Santé / Equipes de Soins Primaires** |
| **Auteur de la demande (Raison sociale, représentant légal, n° finess, adresse) / référent du dossier (mail et téléphone)** |
|  |
| **Présenter succinctement la structure d’exercice coordonné porteuse du projet** |
|  |
| **Présenter succinctement le projet de santé de la structure d’exercice coordonné** |
|  |
| **Présenter le protocole de coopération et son contexte de mise en oeuvre** |
|  |
| **Décrire succinctement les conditions d’expérience et de formation complémentaires des professionnels de santé concernés pour mettre en œuvre le protocole de coopération local et toutes les mesures mises en place** |
|  |
| **Lister les dérogations envisagées** |
|  |
| **Décrire les différentes étapes du protocole de coopération local** |
|  |
| **Autres informations éventuellement pertinentes pour le projet** |
|  |
| **Calendrier de mise en œuvre du projet présenté** |
|  |
| **Signature du président ou directeur de la structure porteuse** |
|  |