

Annexe 1

Dossier de candidature à l’appel à projet relatif au service de santé au travail

1. **Présentation du ou des établissements concernés par le projet**

Actions portée par plusieurs établissements (le cas échéant, les établissements concernés voudront bien déposer un seul et même dossier de candidature sur la base du présent format-type, et apposer les signatures des différents directeurs et directrices concernés en fin du présent dossier)

Oui Non

Présentation de l’établissement ou des établissements sanitaires et/médico-sociaux concernés par le projet :

Identification :

Nature juridique :

N° SIRET :

Adresse :

**Chef de projet**

Nom, prénom :

Fonction :

Téléphone :

Mail :

**EFFECTIFS au 31 décembre 2017 :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Catégories professionnelles** | **Personnel  physique** | **ETP rémunéré** |
| Personnel administratif |  |  |
| Personnel médical |  |  |
| Personnel soignant |  |  |
| Personnel technique |  |  |
| Personnel socio-éducatif |  |  |

1. **Situation du ou des établissements quant à l’accès des personnels à la médecine du travail**

Merci de décrire succinctement les éléments de contexte (40 lignes maximum) : Temps de médecin du travail disponible en ETP, composition de l’équipe pluridisciplinaire, difficultés ponctuelles/récurrentes…

1. **Actions envisagées pour faciliter l’accès à la médecine du travail**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPTION DES ACTIONS, MODALITES DE SUIVI ET D’EVALUATION** | | | | | | |
| **Type d’actions** | **Objectif poursuivi** | **Coût total estimé** | **Part de financement établissements** | **Financement demandé à l’ARS** | **Calendrier prévisionnel de mise en œuvre du projet** | **Indicateur de suivi du projet (quantitatif, qualitatif) mesurable et fiable (à court, moyen et long terme)** |
| Action n°1 : |  |  |  |  |  |  |
| Action n°2 : |  |  |  |  |  |  |
| Action n°3 : |  |  |  |  |  |  |
| Action n°4 : |  |  |  |  |  |  |
| Action n°5 : |  |  |  |  |  |  |
| Action n°6 : |  |  |  |  |  |  |

Date :

Nom et prénom du Directeur d’établissement 1

Signature :

(Cartouche de signature à dupliquer pour chaque établissement concerné par un même projet inter-établissements)