Appel à candidatures 2018

Formation-action sur la Qualité de vie au Travail (QVT) en direction des EHPAD

**Date limite de dépôt des candidatures: 20 février 2018**

1. **Présentation de l’établissement**

|  |
| --- |
| * Raison sociale et adresse de l’établissement :
* Raison sociale et adresse de l’organisme gestionnaire de l’établissement :
* Nom du directeur / de la directrice de l’établissement :
* Coordonnées téléphoniques et adresse de messagerie électronique de la Direction :
 |
| * Numéro FINESS :
* Nature juridique  [ ]  public autonome [ ]  public hospitalier [ ]  public territorial [ ]  privé à but non lucratif [ ]  privé à but lucratif
 |

* Instances Représentatives du Personnel présentes au sein de l’établissement :
* Nom et adresse de l’Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) auquel adhère l’établissement :
1. **Eléments de contexte**

**Présentation des éléments de contexte de l’EHPAD avec notamment :**

* La capacité (répartition hébergement permanent, temporaire et accueil de jour)
* Le nombre de personnels et sa répartition par catégorie (transmission s’il existe d’un organigramme)
* Les expériences récentes sur des problématiques de santé au travail, qualité de vie au travail, dialogue social

**Identification des ressources internes qui pourront être mobilisées dans le cadre de la formation-action QVT**

* Pré-identification, en se référant au cahier des charges relatif à l’appel à candidatures, de la composition :

- du binôme ou du trinôme

- d’un groupe de travail qui devra réunir différents corps de métiers de l’établissement

- du comité de pilotage QVT

**Identification des motivations, objectifs, projets** de l’établissement pour se porter candidat à la formation-action QVT (une page maximum)

1. **Engagement**

Signatures conjointes qui attestent de l’engagement des parties à s’inscrire dans la démarche interne et la dynamique de travail inter-établissements proposée par la formation-action QVT.

Il conviendra par ailleurs d’informer le conseil d’administration *(le conseil de surveillance pour un EHPAD rattaché à un établissement public de santé)*, ou son/sa président(e) si cette instance ne s’est pas réunie en amont du dépôt de dossier de candidature.

|  |  |
| --- | --- |
| Le directeur / La directrice Date  Prénom Nom  | Le représentant du personnel (Secrétaire du CHSCT ou autre représentant du personnel en l’absence de CHSCT) Date Prénom Nom Mandat |