**DOSSIER DE CANDIDATURE**

Formation à destination des établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap sur la thématique « vie affective, relationnelle et sexuelle »



**1 – ORGANISME DE FORMATION**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison Sociale : |  |
| Adresse : |  |
| N° SIRET : |  |
| N° de déclaration d’activité : |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |
| Statut : |  |
| Représentant légal (indiquer le nom, le prénom et la fonction) : |  |

**2 – PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, Prénom : |  |
| Fonction : |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |

**3 – DESCRIPTION DU PROJET DE FORMATION EN DETAILLANT LES 4 PHASES EN FONCTION DU PUBLIC (ENFANTS/ADOLESCENTS – ADULTES)**

Contenus, méthodes et moyens pédagogiques proposés :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4- PLANNING PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE PAR TERRITOIRE SUR TROIS ANNEES AVEC IDENTIFICATION DES PHASES DU PROJET**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5- PRESENTATION DU PRESTATAIRE, NOTAMMENT SON EXPERIENCE DANS LE DOMAINE AU COURS DES DEUX DERNIERES ANNEES AVEC DOCUMENTS A L’APPUI**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**6- PROFIL DES INTERVENANTS AVEC LEUR CV**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**7- MODALITES DE SUIVI ET D’EVALUATION**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**8 – BUDGET PREVISIONNEL TOTAL AVEC DECLINAISON ANNUELLE**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**9 – ATTESTATION SIGNEE DU REPRESENTANT LEGAL DE L’ORGANISME DE FORMATION**

Je soussigné (nom, prénom) ……………………………………………………………………………………………

Représentant légal de (nom de l’organisme de formation) ……………………………………………………………….

M’engage à :

* mettre en œuvre la formation conformément aux informations contenues dans le présent cahier des charges ;
* transmettre les dates d’action de formation à l’ARS Bretagne, trois mois avant le début de l’action de formation ;
* répondre à l’évaluation, et à des demandes ultérieures de participation à des enquêtes relatives à l’impact de la formation.

Fait à ………………………………………, le ………………………………………

Signature

*Indiquer les nom, prénom, fonction du signataire*

*Si le dossier n’est pas signé par le représentant légal, joindre le pouvoir donné par ce dernier au signataire*

**Vos droits concernant vos données :**

L’ARS Bretagne procède à un traitement de vos données personnelles pour la gestion et le suivi de cet AAC. Vos données personnelles sont conservées pendant 3 ans et ensuite archivées. Elles sont destinées à l'ARS Bretagne.

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés (loi Informatique et Libertés), vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement des données vous concernant.

Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à la déléguée à la protection des données de l’ARS Bretagne et en joignant à votre demande une copie de votre pièce d’identité, à l’adresse suivante :

Par courriel : ARS-BRETAGNE-CIL@ars.sante.fr

Par voie postale :

ARS Bretagne

Pôle juridique – Déléguée à la Protection des Données

6, place des Colombes

CS 14253

35042, RENNES CEDEX

Vous disposez également du droit d’introduire une réclamation auprès d’une autorité de contrôle, en particulier auprès de la Commission nationale de l’informatique et des libertés (CNIL), si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation du RGPD ou de la loi Informatique et Libertés.