**Appel à manifestation d’intérêt**

**Développement et transformation de l’offre des établissements de SMR Adultes en Bretagne en 2023-2024**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**A retourner avant le : 6 octobre 2023**

**A l’adresse suivante :** ars-bretagne-secretariat-dah@ars.sante.fr

**COORDONNEES DE LA STRUCTURE PORTEUSE DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure**  |  |
| **N° SIRET**  |  |
| **Représentant légal**  |  |
| **Adresse**  |  |
| **Code postal**  |  | **Ville**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne interlocutrice du projet**  |  |
| **Téléphone** |  | **Mail** |  |

**COORDONNEES DES STRUCTURES PARTENAIRES *(le cas échéant)***

2ème structure : structure partenaire

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure**  |  |
| **N° SIRET**  |  |
| **Représentant légal**  |  |
| **Adresse**  |  |
| **Code postal**  |  | **Ville**  |  |

3ème structure : structure partenaire

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure**  |  |
| **N° SIRET**  |  |
| **Représentant légal**  |  |
| **Adresse**  |  |
| **Code postal**  |  | **Ville**  |  |

**DESCRIPTION DU PROJET**

|  |
| --- |
| **Composition de l’équipe projet**  |
| *Nom/Prénom/profil/contact des membres de l’équipe projet (préciser la structure si projet partenarial)* |

|  |
| --- |
| **Territoire concerné**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Eléments de diagnostic**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Objectifs**  |
| *Projet médical (éléments attendus : typologie clinique des patients et file active prévisionnelle, descriptif du parcours patient pris en charge de réadaptation depuis l’admission jusqu’à la sortie, coopérations envisagées sur le territoire)* |

|  |
| --- |
| **Modalités de mise en œuvre envisagées** |
| *Moyens humains (compétences mobilisées, ETP) et techniques (équipements dédiés ou mutualisés) / Plan de financement et montant sollicité / Calendrier de mise en œuvre*  |

|  |
| --- |
| **Dispositif d’évaluation envisagé** |
|  |

|  |
| --- |
| **Autres partenariats envisagés** |
|  |