Lettre d’intention pour un nouveau programme d’ETP

Réservé à EndoRef Pays de la Loire – N° de dossier :

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** |  |

*Pour plus de clarté, des annexes à cette lettre d’intention peuvent être jointes (n’oubliez pas d’y faire référence dans votre lettre d’intention)*

**Structure qui accueillera le programme (= promoteur du projet) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Statut juridique** |  |
| **Raison sociale** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Si existence N° FINESS de l’entité juridique** |  |
| **N° SIREN** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Représentant légal (nom, prénom, fonction)** |  |
| **Mail représentant légal** |  |
| **Téléphone représentant légal** |  |
| **Lieu(x) de mise en œuvre du programme (nom(s) et adresse(s))** |  |

**Coordonnateur du programme pressenti (= porteur du projet) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom**  |  |
| **Prénom**  |  |
| **Fonction ou qualification** |  |
| **Adresse professionnelle** |  |
| **Mail coordonnateur** |  |
| **Téléphone**  |  |
| **Formation à la dispensation de l’ETP** | [ ]  non programmée[ ]  programmée[ ]  réalisée (fournir attestation)  |
| **Formation à la coordination de l’ETP** | [ ]  non programmée[ ]  programmée[ ]  réalisée (fournir attestation)  |
| **Le coordonnateur participera-t-il à des ateliers ?**  | [ ]  Oui[ ]  Non |

**Composition de l’équipe d’intervenant.es pressentie dans le programme** (y compris les patientes partenaires)**:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Membre de l’équipe** **(Nom & prénom)** | **Fonction ou activité professionnelle** | **Mode d’exercice professionnel** (libéral, salarié, patiente, …) **et structure de rattachement** | **Formation à la dispensation de l’ETP** |
|  |  |  | [ ]  non programmée[ ]  programmée[ ]  réalisée (fournir attestation) |
|  |  |  | [ ]  non programmée[ ]  programmée[ ]  réalisée (fournir attestation) |
|  |  |  | [ ]  non programmée[ ]  programmée[ ]  réalisée (fournir attestation) |
|  |  |  | [ ]  non programmée[ ]  programmée[ ]  réalisée (fournir attestation) |
|  |  |  | [ ]  non programmée[ ]  programmée[ ]  réalisée (fournir attestation) |

**Autres partenaires éventuels :**

Une prise de contact auprès d’une association de patientes a-t-elle déjà eu lieu ? [ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom & prénom** | **Fonction ou activité professionnelle** | **Organisme ou structure de rattachement** | **Rôle dans le projet** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Description et objectifs du programme / projet :**

**Estimation du nombre de patientes atteintes d’endométriose dans votre patientèle ou dans votre association :**

**Nombre prévisionnel de patientes par an inclues dans le programme ETP :**

**Critères d’inclusion des patientes dans le programme** (âge, secteur géographique, stade / niveau de gravité de la maladie, …)**:**

**Critères d’exclusion des patientes dans le programme** (âge, stade / niveau de gravité de la maladie, capacité cognitive, maîtrise du français, maitrise des outils numériques, troubles ne permettant pas la participation à un groupe, …)**:**

**Retombées potentielles pour la région Pays de la Loire :**

**Budget prévisionnel détaillé et montant demandé** (joindre des justificatifs) **:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Types de dépenses** | **Coût estimé (€ TTC)** | **Coût pris en charge par le promoteur du projet ou un autre financeur****(€ TTC)** | **Montant demandé à EndoRef PDL** **(€ TTC)** |
| CHARGES DE PERSONNEL |
| Salaires |  |  | NON ELIGIBLE à CET APPEL à PROJETS |
| ACHATS (fournitures, équipements, …) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| SERVICES EXTERIEURS (locations, prestations extérieures, formation, intervenants extérieurs, publicité, communication, déplacements, missions …) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| AUTRES (à préciser) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Montant total du projet (TTC) |  |
| Montant pris en charge par le promoteur (TTC) |  |
| Montant pris en charge par un autre financeur (en préciser le nom) (TTC) |  |
| Montant total demandé à EndoRef Pays de la Loire (TTC) : |  |

**Plan d’actions et Calendrier de développement du projet :**