

**Direction de l’appui à la transformation et de l’accompagnement**

Département Ressources Humaines et Numériques du Système de Santé

**ATELIERS DE CO-DEVELOPPEMENT : demande de co-financement ARS**

**Date limite de retour le 30 septembre 2020**

**ARS-PDL-DATA-RHN@ars.sante.fr**

|  |  |
| --- | --- |
| Présentation | |
| Nom |  |
| Statut |  |
| SIRET |  |
| FINESS Juridique |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Identification | |
| Nom du représentant de la fédération |  |
| Adresse |  |
| Code Postal |  |
| Ville |  |
| Nom de la personne à contacter |  |
| Téléphone de la personne à contacter |  |
| Mail de la personne à contacter |  |

**ATELIERS DE CO-DEVELOPPEMENT - PROJET**

|  |
| --- |
| Présentation du projet et objectifs visés |
|  |
| Nom – Ville et Code Postal des établissements partenaires |
|  |
| Prestataire envisagé – Nom et Adresse (devis à joindre) |
|  |
| Calendrier prévisionnel |
|  |
| Budget prévisionnel – Nombre d’ateliers prévus |
|  |