

Dossier de candidature

***« Intitulé du projet »***

**DESCRIPTIF DU CENTRE DE FORMATION**

**STRUCTURE DEMANDEUSE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code postal** |  |
| **Commune** |  |
| **Courriel** |  |
| **Téléphone** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Statut de la structure** | **Université, préciser UFR : ……………………………………………………………..…**  **Institut de formation paramédicale, préciser : …………………………………**  **Organisme de formation continue lié à un établissement, préciser lequel : …………………………………………………………………….…………………………..**  **Autre, préciser : …………………………………………………..……………………………** |

**REPRESENTANT LEGAL DE LA STRUCTURE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** |  | | |
| **Prénom** |  | | |
| **Fonction** |  | | |
| **Courriel** |  | **Téléphone** |  |

**ACTIVITES PEDAGOGIQUES ET SCIENTIFIQUES PROPOSEES**

|  |  |
| --- | --- |
| **OFFRES DE FORMATION / DPC - préciser :**   * le ou les programme(s) de formation : thématiques, durée du programme, présentiel/non présentiel… * le(s) type(s) de prestation(s) proposée(s) : simulation procédurale, consultations simulées, e-learning, serious games, etc. * la capacité d’accueil et/ou type de public visé (spécialités médicales et/ou paramédicales, caractère pluriprofessionnel et/ou pluridisciplinaire, médico-social, usagers) * le(s) personnel(s) dédié(s) : formateurs (préciser la spécialité et le niveau de diplôme en simulation en santé), reponsables, animateurs, techniciens, administratifs, patients * la mobilité éventuelle de l’offre (ateliers de simulation, offre *in situ*) * les méthodes et outils d’évaluation | |
|  | |
| **Niveau de prestations** (selon classification HAS)**:** | |
| **Type 1 Type 2 Type 3 Ne sait pas** | |
| **Territoire(s) d’intervention / Périmètre** | |
| **Région Nouvelle-Aquitaine**  **GHT : précisez :……………………….……………..** | **Département : préciser : ………………………**  **Autre périmètre : préciser : …………………………….** |

**LOCAUX**

|  |
| --- |
| **Précisez les locaux à disposition : salle d’enseignement, de débriefing, technique, locaux administratifs** |
|  |

**EQUIPEMENTS MIS EN ŒUVRE**

|  |
| --- |
| **Détaillez les équipements : équipements des salles en matériel, salle de contrôle, équipement permanent en simulateurs, nombre et types de simulateurs** |
|  |

**RESSOURCES HUMAINES**

|  |
| --- |
| **Précisez les temps dédiés en responsable de l’infrastructure, en formateurs, personnel pédagogique, en adminsitratif, etc.** |
|  |
| **Précisez la formation des formateurs, notamment en simulation en santé (niveau de diplôme).** |
|  |

**PARTENARIATS**

|  |
| --- |
| **Précisez les partenariats éventuels développés : avec les universités, les établissements de santé et/ou médicosociaux, d’autres structures de formation publiques ou privées, des associations de patients, , avec les plateforme mutualisée, etc. : fédération, unions régionales des professionnels de santé (URPS), etc.** |
|  |

**DESCRIPTIF DU PROJET SOUMIS**

**PERSONNE REFERENTE DU PROJET**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** |  | | |
| **Prénom** |  | | |
| **Fonction** |  | | |
| **Courriel** |  | **Téléphone** |  |

**PRESENTATION DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Précisez les objectifs du projet :** | |
|  | |
| **Territoire(s) concerné(s) / Périmètre** | |
| **Région Nouvelle-Aquitaine**  **GHT : précisez :……………………….……………..** | **Département : préciser : ………………………**  **Autre périmètre : préciser : …………………………….** |

**RESSOURCES SUPPLEMENTAIRES NECESSAIRES AU PROJET**

**Précisez les nouveaux besoins :**

|  |
| --- |
| **En ressouces humaines et formation des formateurs en simulation** |
|  |
| **En locaux (supplémentaires, travaux, etc.)** |
|  |
| **En équipements techniques** |
|  |

**PARTENARIAT**

|  |
| --- |
| **Partenariat envisagés / fonctionnement en plateforme mutualisé** |
|  |

****

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES EVENTUELLES**

|  |
| --- |
|  |

**ANNEXES**

**Exemples d’annexes :** contenu des programmes de formation (diaporamas, supports de formation…), scénarios de simulation, charte de déontologie, copie de l’attestation d’ODPC, convention de partenariat, site intranet/internet, numéro d’inscription à l’ordre des professionnels de santé, etc.