|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\YOTHILY\AppData\Local\Temp\notes45027E\Logo CTG.jpg | Appel à Manifestation d’IntérêtFiche de synthèse**Professions libérales réglementées de la santé dans les zones isolées ou éloignées**  |  |

**Responsable du projet :**

**Structure porteuse du projet :**

**Date de création de la structure :**

**N° SIRET :**

**Adresse postale :**

**Coordonnées téléphoniques :**

**E-mail :**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Intitulé du projet :**

**Acronyme éventuel :**

**Localisation du projet :**

**Structure Porteuse**

**Présentation succincte de la structure porteuse :**

Informations importantes de la structure porteuse du projet, par exemple : présentation de la structure, organisation détaillée de la gestion administrative et financière du candidat pour la mise en œuvre du projet, capacité financière du candidat, taille de l’entreprise…)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(0,5 page maximum)

**Compétences du porteur de projet :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(0,5 page maximum)

**Capacité financière du candidat et le préfinancement (soit défini soit prévisionnel) du projet**

**Plan de financement prévisionnel :**

*Indiquez le coût prévisionnel du projet en coût total, le type d’aide sollicitée (subvention, prêt..) et le montant de l’aide européenne sollicitée.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Coût total du projet : | (en euros) | (en pourcentage) |
| Part de l’autofinancement du porteur | (en euros) | (en pourcentage) |
| Apport du porteur (veuillez détailler la nature de l’apport prévu : prêt, fonds propres, …) : | (en euros) | (en pourcentage) |
| Montant du financement total sollicité :**FEDER :****Autres** (préciser) : | (en euros) | (en pourcentage) |

|  |
| --- |
| **Principaux postes de dépenses prévisionnels :***Indiquez les dépenses réparties par grande catégorie* |
|  Postes de dépenses | 0,00 € | (en pourcentage) |
|  Postes de dépenses | 0,00 € | (en pourcentage) |
|  Postes de dépenses | 0,00 € | (en pourcentage) |
|  Postes de dépenses | 0,00 € | (en pourcentage) |
|  Postes de dépenses | 0,00 € | (en pourcentage) |

**Le projet**

**Description du projet:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(0,5 page maximum)

**Agenda du projet :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| date de début (préciser si certaine ou prévisionnelle) |  | prévisionnelle ou certaine |
| fin de réalisation escomptée (préciser si certaine ou prévisionnelle) |  | prévisionnelle ou certaine |

**Etat d'avancement du projet :**

*Cochez selon l'avancement de votre projet au moment de votre réponse à l'appel à manifestation d'intérêt*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Phase de réflexion : vous êtes en phase d'idée de projet et n'avez pas encore entrepris de démarches |
|  | Phase de constitution technique : vous êtes en phase de prospection, vous avez entamé des démarches |
|  | Phase de financement : votre projet technique est finalisé, vous cherchez des sources de financement |

**Plan de développement de la structure et du projet sur les trois prochaines années :**

*Détaillez le projet dans son ensemble (sa localisation, l'identification des retombées pour la Guyane, les résultats attendus) - Expliquez la manière dont le projet s'intègre à la stratégie de développement de nouvelles activités pour le dynamisme économique du territoire, ainsi qu’à l’amélioration de l’accès aux services de Santé des populations dans les zones ciblées*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(1 page maximum)

**Nombre d’emploi(s) créé(s) ou maintenu(s) :**

* *A combien estimez-vous le nombre d’emplois créés grâce au projet et précisez le type des contrats envisagés :*
* *A combien estimez-vous le nombre d’emplois maintenus grâce au projet et précisez les types de contrat :*
* *Votre projet contribue-t-il à l’amélioration des qualifications, et si oui, combien de personnes ont déjà été formées ou vont l’être ?*
* *Si vous estimez que votre projet contribue à la mise en place d’emplois indirects, développez :*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(0,5 page maximum)

**Création ou développement d’une entreprise dans un secteur d’activité en zone isolée ou éloignée :**

*Indiquez si le projet porte sur la création ou le développement d’une entreprise, le secteur d’activité ciblé, la zone ciblée : isolée ou éloignée, ainsi que tout autre élément permettant d’apprécier ce critère*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(1 page maximum)

**Itinérance du (des) professionnel(s) (nombre estimé mensuellement de : visites à domicile, aux localités alentours et de campagnes de prévention) :**

*Précisez le nombre estimé mensuellement de visites à domicile, ainsi que de déplacement prévus dans les localités alentours, le cas échéant, lesquelles, le nombre de campagnes de prévention auxquelles l’entreprise prendra part, ainsi que tout autre élément permettant d’apprécier ce critère*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(1 page maximum)

**Projets en lien avec les organismes publics (nombre estimé annuellement de participation à des programmes d’action publique en matière de santé) ou regroupement avec d’autres professionnels de santé (mutualisation des moyens humains et techniques) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Projets en lien avec les organismes publics** | Partenariat (oui ou non) | Nombre estimé annuellement de participation à des programmes d’action publique en matière de santé | Lesquels |
| **Regroupement avec d’autres professionnels de santé** | Ce regroupement est-il déjà opéré ? Si oui, depuis quand et quelle est sa nature (exemple : société civile professionnelle, …)Si non, quand le serait-il ? | Quels seraient les autres professionnels de santé (secteur d’activité, noms) | Quelle mutualisation des moyens est opérée suite à ce regroupement |

*Précisez si le projet porte sur des partenariats avec les organismes publics ou sur un regroupement avec d’autres professionnels de santé, voire même, le cas échéant, les deux, ainsi que tout autre élément permettant d’apprécier ce critère*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….(0,5 page maximum)

**Egalité des sexes (1), égalité des chances (2), prise en compte du développement durable et réduction des nuisances environnementales (3)**

*Veuillez compléter la troisième colonne :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Le projet s'adresse à un public sans distinction de genre | (oui/non) |
| Le projet est porté par une équipe mixte | (oui/non) |
| **2** | Le projet inclut des actions de formation/sensibilisation à destination de tous et/ou d'un public défavorisé (socialement, géographiquement…) | (oui/non) |
| Le projet valorise l'insertion professionnelle pour les chômeurs/ personnes inactives / handicapées/ défavorisées | (oui/non) |
| Le projet permet d’améliorer les conditions d’accueil aux personnes à mobilité réduite | (oui/non) |
| **3** | Investissements du projet axés sur des options plus économes en ressources et plus durables | (oui/non) |
| La structure / le projet permet de prévenir ou réduire les effets néfastes sur l'environnement | (oui/non) |

**Informations complémentaires**

*Vous pouvez indiquer des informations complémentaires sur votre projet si vous le souhaitez*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….(0,5 page maximum)