**Appel à projets FAVA-Multi « ETP »**

Dossier administratif et financier

Ce dossier est à envoyer entièrement complété avant le **4 juillet 2025 à 21h** par mail à l’adresse suivantes : julie.chassagne@aphp.fr

### Instigateur du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Email** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Réseau(x) du centre de compétence (Marfan / Rendu-Osler / MARS / Lymphœdème Primaires / Anomalies Vasculaires Superficielles / AVANCE)** |  |
| **Etablissement** |  |
| **Adresse de correspondance** |  |
| **Nom, Prénom, email de la personne en charge des conventions dans votre établissement** |  |
| **Budget demandé à la filière (max 25 000€ pour un nouveau programme et max 5000€ pour un programme déjà existant)** |  |

|  |
| --- |
| **Votre demande concerne…** |
| **La creation d’un programme ETP** | Oui | Non |
| **L’actualisation ou la pérennisation d’un programme ETP** | Oui | Non |
| **Description du programme** |
| **Titre du programme ETP** | **Public** (enfant/adolescent/adulte) |
|  |  |
| **Maladie(s) Vasculaire(s) rare(s) concernée par le programme ETP** | **Nombre de patients suivis dans votre centre et pouvant bénéficier de ce programme ETP** |
|  |  |

**Mise en œuvre du projet**

|  |
| --- |
| **Objectifs pédagogiques et description du programme** |
|  |
| **Besoins hors personnel** | **Besoins en personnels** *(précisez le type de personnel/le nombre d’ETP/le temps de recrutement nécessaire au projet)* |
|  |  |
| **Calendrier prévisionnel***Merci de bien préciser la date prévisionnelle de dépôt à l’ARS et la date prévisionnelle des premières sessions du programme ETP* |
|  |

|  |
| --- |
| **Avez-vous déjà reçu un financement lors d’un AAP ETP FAVA-Multi en 2023 ou 2024 ?***Si oui, merci de préciser :** *La description des dépenses réalisées avec le financement*
* *La date du dépôt à l’ARS*
* *Le nombre de sessions ETP réalisées*
* *Le nombre de patients formés*
 |
|  |

**Budget prévisionnel :**

*NB : de potentiels frais de gestion pourront être appliqués par vos établissements sur le financement alloué qu’il faut inclure dans le projet demandé le cas échéant.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Postes de dépenses** | **Coûts** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Coût total du projet (incluant autres sources de financement) : …………………. euros

Autres sources de financement si existantes :