

**DISPOSITIF REGIONAL**

**DE SOUTIEN A**

**LA POLITIQUE ET AUX**

**INTERVENTIONS EN PREVENTION ET**

**PROMOTION DE LA SANTE EN**

**OCCITANIE**

**Formulaire de réponse à l’appel à candidature ARS**

**2017**

**Description du candidat se proposant de porter le**

**dispositif régional de soutien**

##### Identification

Nom :

Sigle:

Objet :

Siret : …………………………

Adresse du siège social :

Code postal : Commune :

Téléphone : Télécopie :

Courriel :

Site internet :

Adresse de correspondance, si différente  du siège:

Code postal : Commune :

##### Identification de la personne chargée du présent dossier

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

***Moyens humains au 31 décembre de l'année écoulée***

Nombre total de salariés :

Nombre de salariés en équivalent temps plein travaillé (ETPT) :

Nombre de personnels mis à disposition ou détachés par une autorité publique :

Nombre de bénévoles (*personne contribuant régulièrement à l'activité de manière non rémunérée*) :

Nombre de volontaires (*personne engagée pour une mission d'intérêt général par un contrat spécifique, par ex. Service civique*) :

Nombre d’adhérents :

**Structuration et fonctionnement du**

**dispositif régional de soutien**

1. **La structuration du dispositif régional de soutien**

• Organisation du dispositif et identification des structures participantes :

• Modalités de gouvernance et de pilotage du dispositif régional :

1. **Le fonctionnement opérationnel du dispositif régional de soutien**

• Comité de pilotage : composition et rôle :

• Comités techniques : composition et rôle :

1. **Calendrier de mise en œuvre du dispositif régional de soutien**
2. **L’évaluation du dispositif régional de soutien**

**Le programme d’activités 2018 du**

**dispositif régional de soutien**

**Mission 1 : Amélioration continue de la qualité des interventions en Prévention Promotion de la Santé (PPS)**

Axe 1 :

Objectif de l’axe :

Objectifs opérationnels :

Activités 2018 de l’axe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Descriptifs** | **Calendrier de mise en œuvre** |
|  |  |  |

Axe 2 :

Objectif de l’axe :

Objectifs opérationnels :

Activités 2018 de l’axe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Descriptifs** | **Calendrier de mise en œuvre** |
|  |  |  |

**Mission 2 : Le renforcement des capacités des acteurs**

Axe 1 :

Objectif de l’axe :

Objectifs opérationnels :

Activités 2018 de l’axe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Descriptifs** | **Calendrier de mise en œuvre** |
|  |  |  |

Axe 2 :

Objectif de l’axe :

Objectifs opérationnels :

Activités 2018 de l’axe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Descriptifs** | **Calendrier de mise en œuvre** |
|  |  |  |

**Mission 3 : L’appui à la mise en œuvre des orientations régionales**

Axe 1 :

Objectif de l’axe :

Objectifs opérationnels :

Activités 2018 de l’axe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Descriptifs** | **Calendrier de mise en œuvre** |
|  |  |  |

Axe 2 :

Objectif de l’axe :

Objectifs opérationnels :

Activités 2018 de l’axe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Descriptifs** | **Calendrier de mise en œuvre** |
|  |  |  |

**Budget prévisionnel 2018**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Annexe II Budgets annuels du programme d'actions Budget annuel 2017 du programme d'actions** | | | | |
| **Action (ou axe) n°1 :** | **xxxx** | | |
| **CHARGES** | **Montant** | **PRODUITS** | **Montant** |
| **Charges directes affectées à l’action** | | **Ressources directes affectées à l’action** | |
| **60 – Achat** | **0,00** | **70 – Vente de produits finis, prestations de services, marchandises** | **0,00** |
| Prestations de services |  |  |  |
| Achats matières et fournitures |  | **74- Subventions d’exploitation** | **0,00** |
| Autres fournitures |  | **Etat:** | 0,00 |
| **61 - Services extérieurs** | **0,00** |  |  |
| Locations mobilières et immobilières |  |  |  |
| Entretien et réparation |  | **Région(s):** | 0,00 |
| Assurance |  | ARS |  |
| Etudes et recherches |  |  |  |
| Divers |  | **Département(s):** | 0,00 |
| **62 - Autres services extérieurs** | **0,00** |  |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  |  |  |
| Publicité, publication |  | **Commune(s):** | 0,00 |
| Déplacements, missions |  |  |  |
| Frais postaux, communication autres |  |  |  |
| **63 - Impôts et taxes** | **0,00** | **Organismes sociaux (à détailler):** | 0,00 |
| Impôts et taxes sur rémunération |  |  |  |
| Autres impôts et taxes |  |  |  |
| **64- Charges de personnel** | **0,00** | Fonds européens |  |
| Rémunération des personnels |  | CNASEA (emploi aidés) |  |
| Charges sociales |  | **Autres aides, dons ou subventions affectées** | 0,00 |
| Autres charges de personnel |  |  |  |
| **65- Autres charges de gestion courante** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
| **66- Charges financières** |  | **76 - Produits financiers** |  |
| **67- Charges exceptionnelles** |  | **77- Produits exceptionnels** |  |
| **68- Dotation aux amortissements** |  | **78 – Reports :** ressources non utilisées d’opérations antérieures |  |
| **I. Charges indirectes affectées à l’action** | | **I. Ressources indirectes affectées à l’action** | |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |
| **Total des charges** | **0,00** | **Total des produits** | **0,00** |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** | **0,00** | **87 - Contributions volontaires en nature** | **0,00** |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| **TOTAL** | **0,00** | **TOTAL** | **0,00** |

**Attestation**

*Le droit d'accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce auprès du service ou de l'établissement auprès duquel vous déposez cette demande.*

Je soussigné(e), (nom et prénom)......................................................................…………………...........

représentant(e) légal(e) de la structure ……………………………………….........

Déclare

- que la structure est à jour de ses obligations administratives, comptables, sociales et fiscales (déclarations et paiements correspondants) ;

- exactes et sincères les informations du présent dossier ;

- Demander une subvention de : …………………… € au titre de l'année 2018

- que cette subvention, si elle est accordée, sera versée au compte bancaire de la structure (joindre un RIB)

*Spécifiquement pour les associations :*

*- que l'association respecte les principes et valeurs de la Charte des engagements réciproques conclue le 14 février 2014 entre l'État, les associations d'élus territoriaux et le Mouvement associatif, ainsi que les déclinaisons de cette charte ;*

*- que l’association a perçu un montant total et cumulé d’aides publiques (subventions financières -ou en numéraire- et en nature) sur les trois derniers exercices (dont l’exercice en cours) :*

*□ inférieur ou égal à 500 000 €*

*□ supérieur à 500 000 €*

*Si le signataire n'est pas le représentant statutaire ou légal, joindre le pouvoir ou mandat (portant les 2*

*signatures - celle du représentant légal et celle de la personne qui va le représenter -) lui permettant d'engager celle-ci.*

Fait, le ............................................ à .......................................................................................................

Signature

**Déclaration Publique d’Intérêt**

**Je soussigné(e)**

**Reconnais avoir pris connaissance de l’obligation de déclarer tout lien d’intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités**, l**es techniques et les produits** **entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme au sein duquel j’exerce mes fonctions ou de l’instance collégiale, la commission, le conseil, le groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise, ainsi qu’avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.**

**Je renseigne cette déclaration en qualité :**

**□ Membre dirigeant de la structure candidate**

**Je m’engage à actualiser ma DPI dès qu’une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et au minimum annuellement même sans modification.**

Il vous appartient, à réception de l'ordre de jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêts que vous avez déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec votre présence lors de tout ou partie de cette réunion et d'en avertir l’interlocuteur désigné au sein de l’institution et le cas échéant le président de séance, si possible, avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises ou les recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l’annulation de la décision prise ou de celle qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.

**Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d’un droit d’accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l’adresse suivante : ars-oc-dsp-promotion-sante@ars.sante.fr**

**1. Votre activité principale**

**1.1. Votre activité principale exercée actuellement**

* **Activité libérale**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activité | Lieu d’exercice | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Autre** (activité bénévole, retraité…)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activité | Lieu d’exercice | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Activité salariée**

Remplir le tableau ci-dessous

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Employeur principal | Adresse de l’employeur | Fonction occupée dans l’organisme | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  |  |  |  |

**1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des 5 dernières années**

**A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1**

* **Activité libérale**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activité | Lieu d’exercice | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Autre** (activité bénévole, retraité…)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activité | Lieu d’exercice | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Activité salariée**

Remplir le tableau ci-dessous

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Employeur principal | Adresse de l’employeur | Fonction occupée dans l’organisme | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2. Vos activités exercées à titre secondaire**

**2.1. Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d’un organisme public ou privé dont l’activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme ou de l’instance collégiale, objet de la déclaration**

*Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS), les associations de patients.*

□ **Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique**

**Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Organisme  *(société, établissement, association)* | Fonction occupée dans l’organisme | Rémunération  (montant à porter au tableau A.1) | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)   ………………………………………… |  |  |
|  |  | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)   ………………………………………… |  |  |
|  |  | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)   ………………………………………… |  |  |

**2.2. Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d’expertise auprès d’un organisme entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme ou de l’instance collégiale, objet de la déclaration**

*Il peut s’agir notamment d’une activité de conseil ou de représentation, de la participation à un groupe de travail, d’une activité d’audit, de la rédaction d’articles ou de rapports d’expertise.*

□ **Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique**

**Actuellement et au cours des 5 années précédentes :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Organisme  *(société, établissement, association)* | Fonction occupée dans l’organisme | Rémunération  (montant à porter au tableau A.2) | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)   ………………………………………… |  |  |
|  |  | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)   ………………………………………… |  |  |
|  |  | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)   ………………………………………… |  |  |
|  |  | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)   ………………………………………… |  |  |

**2.3. Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme ou de l’instance collégiale, objet de la déclaration**

Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d’essais ou d’études cliniques ou pré-cliniques, d’études épidémiologiques, d’études médico-économiques, d’études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

□ **Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique**

**Actuellement et au cours des 5 années précédentes :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Organisme *(société, établissement, association)* | Domaine et Type de travaux | Nom du produit de santé ou du sujet traité | Si essais ou études cliniques ou pré-cliniques :  précisez : | Rémunération  (montant à porter au tableau A.3) | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  |  | Type d’étude :  🞏 Etude monocentrique  🞏 Etude multicentrique  Votre rôle :  🞏 Investigateur principal  🞏 Investigateur coordonnateur  🞏 Expérimentateur principal  🞏 Co-investigateur  🞏 Expérimentateur non principal | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)   ……………………………………… |  |  |
|  |  |  | Type d’étude :  🞏 Etude monocentrique  🞏 Etude multicentrique  Votre rôle :  🞏 Investigateur principal  🞏 Investigateur coordonnateur  🞏 Expérimentateur principal  🞏 Co-investigateur  🞏 Expérimentateur non principal | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)   ……………………………………… |  |  |
|  |  |  | Type d’étude :  🞏 Etude monocentrique  🞏 Etude multicentrique  Votre rôle :  🞏 Investigateur principal  🞏 Investigateur coordonnateur  🞏 Expérimentateur principal  🞏 Co-investigateur  🞏 Expérimentateur non principal | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)   ……………………………………… |  |  |
|  |  |  | Type d’étude :  🞏 Etude monocentrique  🞏 Etude multicentrique  Votre rôle :  🞏 Investigateur principal  🞏 Investigateur coordonnateur  🞏 Expérimentateur principal  🞏 Co-investigateur  🞏 Expérimentateur non principal | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)   ……………………………………… |  |  |

**2.4. Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme ou de l’instance collégiale, objet de la déclaration**

□ **Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique**

**Actuellement et cours des 5 années précédentes :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Entreprise ou organisme invitant *(société, association)* | Lieu et intitulé de la réunion | Sujet de l’intervention, le  Nom du produit visé | Prise en charge des frais de déplace-ment | Rémunération  (montant à porter au tableau A.4) | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  |  | * Oui * Non | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)   ………………………………………… |  |  |
|  |  |  | * Oui * Non | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)   ………………………………………… |  |  |
|  |  |  | * Oui * Non | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)   ………………………………………… |  |  |
|  |  |  | * Oui * Non | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)   ………………………………………… |  |  |

* 1. **Vous êtes inventeur et/ou détenteur d’un brevet ou d’un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme ou de l’instance collégiale, objet de la déclaration**

□ **Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature de l’activité et nom du brevet, produit… | Structure qui met à disposition le brevet, produit… | Perception intéressement | Rémunération  (montant à porter au tableau A.5) | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  | * Oui * Non | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)   ……………………………………………… |  |  |
|  |  | * Oui * Non | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)   ……………………………………………… |  |  |
|  |  | * Oui * Non | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)   ……………………………………………… |  |  |
|  |  | * Oui * Non | * Aucune * Au déclarant * A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)   ……………………………………………… |  |  |

**3. Activités que vous dirigez ou avez dirigées et qui ont bénéficié d’un financement par un organisme à but lucratif dont l’objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme, objet de la déclaration**

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels, taxes d’apprentissage…

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d’administration

□ **Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique**

**Actuellement et au cours des 5 années précédentes :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Structure et activité bénéficiaires du financement | Organisme à but lucratif financeur (\*) | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(\*) Le % du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et le montant versé par le financeur sont à porter au tableau B.1

**4. Participations financières dans le capital d’une société dont l’objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme, objet de la déclaration**

□ **Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique**

**Actuellement :**

*Tout intérêt financier : valeurs mobilières cotées ou non, qu’il s’agisse d’actions, d’obligations ou d’autres avoirs financiers en fonds propres ; doivent être déclarés les intérêts dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d’indiquer le nom de l’établissement, entreprise ou organisme, le type et la qualité des valeurs ou pourcentage du capital détenu.*

*(Les fonds d’investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration)*

|  |  |
| --- | --- |
| Structure concernée | Type d’investissement (\*) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

(\*) Le % de l’investissement dans le capital de la structure et le montant détenu sont à porter au tableau C.1

**5. Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l’objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme, objet de la déclaration**

*Les personnes concernées sont :*

* *le conjoint [époux (se) ou concubin(e) ou pacsé(e)], parents (père et mère) et enfants de ce dernier*
* *les enfants*
* *les parents (père et mère)*

Cette rubrique doit être renseignée si le déclarant a connaissance des activités de ses proches parents.

□ **Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique**

**Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des 5 années précédentes :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Organismes concernés** |
| Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants  (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1) |  |
|  |
|  |
|  |

**6. Autres liens d’intérêts que vous considérez devoir être portés à la connaissance de l’organisme, objet de la déclaration**

*Si besoin, au vu des précisions apportées par l’organisme au présent document-type*

□ **Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique**

**Actuellement, au cours des 5 années précédentes :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Elément ou fait concerné | Commentaires  (Le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1) | Année de début | Année de fin |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**7. Si vous n’avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case : □**

**et signez en dernière page**

Article L. 1454-2 du code de la santé publique

« Est puni de 30 000 euros d’amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l’article L. 1451-1 et à l’article L. 1452-3 d’omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d’établir ou de modifier une déclaration d’intérêts afin d’actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration ».

**8. Tableaux des mentions non rendues publiques**

**Tableau A.1**

|  |  |
| --- | --- |
| Organisme | Montant perçu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Tableau A.2**

|  |  |
| --- | --- |
| Organisme | Montant perçu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Tableau A.3**

|  |  |
| --- | --- |
| Organisme | Montant perçu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Tableau A.4**

|  |  |
| --- | --- |
| Entreprise ou organisme | Montant perçu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Tableau A.5**

|  |  |
| --- | --- |
| Structure | Montant perçu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Tableau B.1**

|  |  |
| --- | --- |
| Organisme | % du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et montant versé par le financeur |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Tableau C.1**

|  |  |
| --- | --- |
| Structure | % de l’investissement dans le capital de la structure et montant détenu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Tableau D.1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Salariat** | **Actionnariat** |  |  |  |
| Organisme | Fonction et position dans la structure *(indiquer, le cas échéant, s’il s’agit d’un poste à responsabilité)* | Montant si ≥ 5000 euros ou 5 % du capital | Lien de parenté | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Tableau E.1**

|  |  |
| --- | --- |
| Elément ou fait concerné | précisez le cas échéant les sommes perçues |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Fait à

Le

##### Signature obligatoire

##### *(mention non rendue publique)*

**Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d’un droit d’accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l’adresse suivante : ars-oc-dsp-promotion-sante@ars.sante.fr**