**ANNEXE 2 : DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Appel à candidatures n°2025-34-PH-03 de la compétence de l’Agence Régionale de Santé Occitanie**

Pour la création de places de Service d’Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) à destination des enfants, adolescents et jeunes adultes de 0 à 20 ans, dans l’Hérault.

Ce dossier est à envoyer par courriel, à l’adresse suivante :

ars-oc-dd34-pers-handicapees@ars.sante.fr avec l’objet spécifiant « Candidature AAC SESSAD 2025 » ainsi que sur la boite ars-oc-dosa-medico-soc@ars.sante.fr.

Il ne devra pas comporter plus de 15 pages.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

En application de l’article R313-8-1 du CASF *« Les demandes d'autorisation sont accompagnées de tout document permettant de décrire de manière complète le projet et d'apprécier le respect des critères mentionnés à l'article L313-4 »*

**[ ]** Tableau des effectifs en ETP et par type de qualification

**[ ]** Budget prévisionnel

**[ ]** P.P.I et plan architectural associé (si nécessaire au regard du projet)

***DATE DE LA DEMANDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

1. IDENTITE DU DEMANDEUR

**ÉTABLISSEMENT(S) OU SERVICE(S)**

**Catégorie ESMS et Raison sociale :**

**N° FINESS géographique porteur de l’ENI demandée :**

|  |
| --- |
| **Adresse :** **Code postal :**……………………………………………………**Commune :**  |

**🕿 :** ……………………………………………………………..….**E-mail :**

**Nom et Prénom Directrice-teur :**

**E-mail Directrice-teur :**

**ENTITÉ GESTIONNAIRE**

**Raison sociale :**

**N° FINESS juridique :**

|  |
| --- |
|  **Statut de l’entité :** **🔾 Etablissement public autonome 🔾 Etablissement public rattaché à un EPS**  **🔾 Privé à caractère commercial 🔾 Privé à but non lucratif (association) 🔾 Fondation** **Adresse :** ……………………………………………………………………………………………….**Code postal :** ………………………………………………… **Commune :**  **🕿 :** …………………………………………………………………**E-mail :**  |
| **PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER**NOM Prénom : ……………………………………………. Qualité : ………………………………………………………………………………………**🕿** ………………………………………………………………… E-mail : ……………………………………………………………………………………….1. QUALIFICATION DE L’EXTENSION
 |

**Lot(s) visé(s) : □ N°1 SESSAD DI**

**□ N°2 SESSAD TSA**

**□ N°3 SESSAD TCC**

**□ N°4 SESSAD TSL**

**Extension de capacité sollicitée (nombre de places théoriques) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**File active actuelle (nombre de personnes actuellement accompagnées): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**File active prévisionnelle dans le cadre du projet (nombre de personnes supplémentaires pouvant être accompagnées grâce à ce projet) :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Public accompagné (handicap) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Public accompagné (âge) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zone géographique d’intervention ciblée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Coût total du projet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€**

**- Dont moyens supplémentaires demandés : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€**

**- Dont redéploiements internes proposés : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€**

 **Coût à la place avant l’opération/après l’opération \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€**

**Date à laquelle l’opérateur s’engage à installer l’extension proposée\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. JUSTIFICATION DE LA DEMANDE
2. **Inscription de la demande dans le contexte local et adéquation du projet avec les besoins du territoire :**
3. **Liste d’attente issue de Via Trajectoire avec mention du statut de la demande d’admission et de la domiciliation de la personne** (pour les territoires qui ne disposent à ce jour d’aucune offre sur une spécialité, analyse de la MDPH sur des orientations vers d’autres territoires ou des orientations par défaut relevant d’un besoin du territoire en question) :
4. CARACTERISTIQUES DU PROJET
5. **Capacité autorisée**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Public accompagné** | **Modalités d’accompagne-ment** | Capacité totale **actuelle** de l’ESMS | **Demande de l’ESMS****+/-** | **Taux d’occupation** | **Capacité totale après l’opération demandée** |
| Autorisée | Installée | 2021 | 2022 | 2023 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Public(s) accompagné(s), prestations délivrées et interventions mises en œuvre**

**Evolution du public accompagné (déficience/âge) au regard du fonctionnement actuel : □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez le nouveau public qui bénéficiera du projet d’accompagnement :

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Description synthétique des prestations et des interventions mises en œuvre dans le cadre de ce projet d’extension, et notamment :**

* **En termes de soins/rééducation**(modalités/lieu/méthodes ou outils utilisés)**:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **En termes d’accompagnement à l’autonomie**(modalités/lieu/ méthodes ou outils utilisés)**:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **En termes de soutien à la scolarité et de coopération avec les établissements scolaires du secteur géographique**(modalités/lieu d’intervention)**:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **En termes de soutien à la vie sociale, aux loisirs, aux sports**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Evolutions prévues des modalités d’élaboration et de suivi du PPA: □ Oui □ Non**

Si oui, précisez sur quels points:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Organisation et fonctionnement de l’ESMS**

**Le service dispose-t-il de plusieurs sites géographiques : □ Oui □ Non**

Si oui, précisez lesquels, puis sur lequel d’entre eux, les places faisant l’objet de l’ENI, seront positionnées :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Description de la zone d’intervention** (en termes de communes/EPCI) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de jours d’ouverture :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Horaires :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Continuité de l’accompagnement** (astreinte ou autre organisation mise en place) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Procédure d’admission, en particulier dans le cadre de cette ENI**

Précisez ici la manière dont vous allez procéder pour définir la liste d’admission dans le cadre de cette ENI et garantir une admission rapide dès 2024 de la nouvelle file active. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Effectifs**

**Synthèse des effectifs totaux du service en ETP et par qualification (y compris l’évolution des effectifs prévues dans le cadre de l’extension)**

*Un tableau des effectifs détaillés sera joint en annexe et fera apparaitre l’évolution des effectifs dans le cadre de l’extension.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ETP totaux avant extension** | **ETP totaux après extension** |
| **Direction** |  |  |
| **Administration** |  |  |
| **Services généraux** |  |  |
| **Socio-éducatif** |  |  |
| **Paramédical/médical** |  |  |
| **Total** |  |  |

**Précisez, le planning de recrutement (si nécessaire) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Synthèse du plan de formation (nature des formations et calendrier) envisagé dans le cadre de cette extension :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Conventionnement prévu avec des professionnels libéraux □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez quelles professions/implantations/et sur quel volume prévisionnel d’activité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Locaux**

**De nouveaux locaux sont-ils envisagés dans le cadre de ce projet : □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez (implantation, surface, nombre de pièces):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Des locaux sont-ils déjà (ou vont-ils être) mis à disposition par les partenaires : □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez (implantation, modalités de mise à disposition, nom et statut du partenaire):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. PARTENARIATS ET COOPERATIONS

*Listez les partenariats que vous allez développer dans le cadre du projet, tant ceux nécessaires à la dimension inclusive du projet que ceux nécessaires à l’entretien et au développement des capacités des personnes ou encore à l’accompagnement de leurs besoins de soins.*

1. DROITS DES USAGERS ET DEMARCHE D’AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

Préciser les documents relatifs aux droits des usagers (loi 2002-2) à réviser ou à créer compte tenu du projet de modification de l’autorisation et dans quel délai vous serez en mesure de transmettre ces documents actualisés à l’ARS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. FINANCEMENT DU PROJET

**Coût total du projet :** €

- **Dont moyens supplémentaires demandés :**  €

- **Dont redéploiements internes complémentaires proposés :** €

**Le cas échéant, indiquez depuis quel budget et FINESS géographique le redéploiement interne est envisagé, ainsi que le montant des redéploiements internes prévus, le cas échéant** :

**Coût à la place avant l’opération/après l’opération** : €

**Synthèse du BP en année pleine (joint en annexe) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Charges avant modification** | **Charges après modification** | **Produits avant modification** | **Produits après modification** |
| **Groupe 1** |  |  |  |  |
| **Groupe 2** |  |  |  |  |
| **Groupe 3** |  |  |  |  |

**Impact de l’opération sur le budget d’investissement le cas échéant**  **€**

1. CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE

Je m’engage à installer cette extension

Pour 2024 *(au plus tard en septembre 2024)* □ Oui. Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Non

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

*NOM Prénom*

*Qualité*

*Signature*