**ANNEXE 1**

**Engagements et signatures du Directeur et du Coordonnateur**

|  |
| --- |
| **Nom de l’établissement candidat :**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, directeur d’établissement :   * Déclare avoir pris connaissance du projet « \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ » et certifie l’exactitude des informations présentes dans ce dossier ; * Déclare avoir pris connaissance de l’appel à projets relatif au parcours de soins des personnes atteintes d’insuffisance rénale chronique (IRC) ; * Autorise les équipes de mon établissement à participer au projet et m'engage à leur en permettre la réalisation ; * M’engage à participer à l’évaluation finale de l’ensemble des projets à l’issue de l’expérimentation ; * En conséquence, m’engage à fournir à l’évaluateur externe des données anonymisées en cas de besoin.   Cachet de l’établissement  Signature : Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Coordonnateur de projet** |
| Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordonnateur de projet :  - Déclare avoir pris connaissance du projet « \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ » et certifie l’exactitude des informations présentes dans ce dossier ;  - Déclare avoir pris connaissance de l’appel à projets parcours de soins des personnes atteintes d’insuffisance rénale chronique (IRC) ;  - M’engage à assurer la conduite et la coordination du projet décrit dans le présent dossier ainsi que la communication des résultats à l’ARS et à l’évaluateur externe.  Cachet de l’établissement de rattachement du coordonnateur  Signature : Le  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |