**CANDIDATURE «  REPAS A L’HÔPITAL »**

**Nom de l’établissement** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse, CP, ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Type d’établissement** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ Centre Hospitalier | □ Centre Hospitalier Universitaire | □ Membre d’un GHT |
| □ Centre Hospitalier Spécialisé  | □ AUTRE type de structure\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Dispose d’un CLAN  | □ Adhère à un réseau nutrition (CLAN départemental, Structure Régionale…) |

**Nombres total de lits :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Votre direction gère-t-elle la restauration d’autres établissements sanitaires ou médico-sociaux ? Si oui, précisez leur nom et leur commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Type d’activité :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ Médecine, Chirurgie, obstétrique, □ Long séjour | □ chirurgie ou médecine ambulatoire □ service de pédiatrie | □ SSR |  | □ ambulatoire, | □ SSR |

**Service restauration**

**Mode de gestion :**

□ Autogéré □ Autogéré mais en achat concédé □ Autre (précisez)

**Type de préparation :**

□ Production sur place □ En lien avec une cuisine centrale

□ Liaison froide □ Liaison chaude

**Nombre de repas servis par jour :**

Pour les patients:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pour les résidents**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pour le personnel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coût de l’**UO**, **U**nité d’**Œ**uvre (1/2 journée alimentaire) :

Périmètre : Achat matière 1ère, production, distribution, livraison/ transport, service….

**Engagement**

Après avoir pris connaissance des modalités de la note d’intention « REPAS À L’HÔPITAL » sur l’objectif d’augmenter le niveau de satisfaction et de nutrition du patient à l’hôpital,

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

en tant que *(fonction)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de l’établissement nommé ci-dessus, manifeste mon intérêt pour la démarche proposée en 2019.

Si le comité de pilotage, retient la candidature de mon établissement dans le cadre de l’Appel à projet je m’engage à :

* **Mobiliser une équipe projet au sein de mon établissement.**
* **Libérer du temps** **permettant à l’équipe projet de se mobiliser.**
* **Impliquer l’équipe projet dans** **l’échange et le travail en groupe**.
* **Faire connaître et valoriser les actions de la démarche.**

**L’équipe projet pluridisciplinaire**

(restauration, diététique, médical, soignant, qualité…)

L’équipe projet sera constituée de :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom- Prénom | Fonction | Téléphone | Mail |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Le coordonnateur du projet sera (*contact privilégié pour le projet*) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom- Prénom | Fonction | Téléphone | Mail |
|  |  |  |  |

**Motivations**

**Compléter votre candidature en joignant un document précisant :**

* L’intérêt pour votre établissement à s’inscrire dans ce projet.
* Votre motivation.
* Les attentes et les atouts pour chaque membre de l’équipe projet.

Vous pouvez joindre tous documents qui vous semblent utiles (plaquette de l’établissement….).

Date,

Cachet de l’établissement et signature

**Candidature à transmettre avant le 14 septembre 2018**

**Par mail  à** **marc.bouche@sante.gouv.fr****, copie à** **florence.millet@sante.gouv.fr** **et à votre référent PHARE en ARS**