**ATTESTATION DE DEPOT D’UN PROJET – ENGAGEMENT DES PORTEURS DE PROJET**

**Ce document dûment complété et signé est à fournir**

**au moment du dépôt du projet complet**

**Appel à projets concerné** : [NOM+année]

**Titre du projet** : *à compléter*

**Acronyme**: *à compléter* **Numéro de projet**: *à compléter*

**Porteur du projet / investigateur coordonnateur** [NOM+Prénom] :

**Etablissement de santé (ES) ou Groupement de coopération sanitaire (GCS) ou Maison de santé ou Centre de santé, coordonnateur du projet et également gestionnaire des fonds** [NOM+ville] :

Les porteurs de projets, tels que définis par la note d’information ministérielle : [NOTE D’INFORMATION N° DGOS/PF4/2023/174 du 14 novembre 2023](https://gircimediterranee.fr/app/uploads/2023/12/ReSP-Ir-2023_Note-dinfo-DGOS.pdf),s’engagent à respecter les conditions définies par l’instruction pour le portage et la réalisation du projet si celui-ci est retenu pour être financé par la DGOS.

**Date, Nom, Prénom, signature et cachet (si possible) :** *obligatoires*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Porteur (s) de projet :**  I. Acteur des soins primaires  ii. Acteur de la recherche | **Méthodologiste du projet** | | **Responsable légal de l’ES ou du GCS ou de la Maison de santé ou du Centre de santé, coordonnateur** |
|  |  | |  |
| **Responsable de structure interne du porteur (obligatoire même si identique au porteur de projet)** | | **Responsable légal de l’ES ou du GCS ou de la Maison de santé ou du Centre de santé de rattachement du porteur de projet si différent de l’ES ou du GCS ou de la Maison de santé ou du Centre de santé, coordonnateur** | |
|  | |  | |