**ANNEXE 2 : NOTE D’INTENTION**

****

**BoosTerr Santé - Appel à manifestation d’intérêt 2020**Expérimentations territoriales visant à garantir l’accès à la santé de proximité en Bretagne

**Note d’intention**

## Identification du demandeur

1. NOM DE LA STRUCTURE :
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. TERRITOIRE D’INTERVENTION :
4. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
5. REFERENT TECHNIQUE DE LA DEMANDE :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :  |  |
| Prénom :  |  |
| Fonction :  |  |
| Téléphone :  |  |
| Courriel :  |  |

## Présentation du projet de territoire

* Périmètre géographique du projet
* Enjeux/Besoins identifiés
* Résultats visés
* Objectifs opérationnels
* Descriptif
* Méthodologie d’élaboration
* Actions faisant l’objet d’une demande de soutien du Conseil régional :
	+ Action n°1
	+ Action n°…

## Description de l’action n°1 : XXXX

* Porteur de l’action

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |  |
| Sigle :  |  |
| Objet :  |  |
| Activités principales :  |  |
| Numéro SIRET :  |  |
| Adresse du siège social :  |  |
| Code postal / Commune :  |  |
| Téléphone :  |  |
| Courriel :  |  |
| Adresse de correspondance (si différente du siège) :  |  |

* Contexte
* Territoire sur lequel elle est précisément déployée et classement au titre du zonage médecins généralistes (<http://www.bretagne.paps.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/PAPS/Je_minstalle/ou_minstaller/Zonage_medecin/Zonage_Medecin_-_Decoupage_communal_-_201806__site_internet_.xlsx>)
* Objectifs
* Public visé et nombre de bénéficiaires attendu
* Descriptif détaillé de l’action
* Caractère innovant et expérimental pour le territoire
* Inscription dans un projet d’exercice coordonné ou une politique territoriale
* Calendrier de mise en œuvre
* Moyens mis en œuvre
* Partenaires mobilisés
* Indicateurs (de résultat et de réalisation) et modalités d’évaluation

## Description de l’action n°X : XXXX

*Reporter les rubriques présentées précédemment le cas échéant*