|  |
| --- |
|  CDO6FORMULAIRE DE DEMANDEAide à l’installation de professionnels de santé dans le haut et moyen paysLe zonage d’intervention de cette bourse couvre les Zones sous dotées en offre de soins dans les Alpes Maritimes. |

Votre dossier signé et complété peut être renvoyé à l'adresse suivante :

**Département des Alpes Maritimes**

**Direction de la Santé**

**BP3007**

**06201 Nice Cedex 3**

|  |
| --- |
| **Présentation synthétique du projet** |

1. **ETAT CIVIL DU DEMANDEUR :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Né Le :**

**Adresse : Code Postal : Ville :**

**Téléphone :**

**Mail :**

1. **VOTRE SITUATION :**
* **Profession :**
* **Lieu d’exercice de l’activité :**

**3. Quel est votre projet professionnel :**

**4. Calendrier du projet  :**

Date d’installation initiale: /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/ Date d’installation actuelle : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

**5. Dans quelle(s) commune(s) souhaiteriez-vous exercer, pourquoi :**

**6. Avez-vous connaissance du réseau professionnel autour de votre futur lieu d’exercice :**

**Si oui par quel moyen.**

**Si non, souhaiteriez-vous être mis en contact avec le réseau existant.**

**7. Souhaiteriez-vous devenir maître de stage :**

* + **Oui**
	+ **Non**

**Si oui, souhaiteriez-vous bénéficier d’une formation décentralisée :**

**8. Préciser les demandes de financement en cours :**

**Pièces à fournir en complément du présent dossier de candidature** : (cochez les cases)

* + **attestation sur l’honneur dument complétée et signée (annexe 1)**
	+ **copie de la carte nationale d’identité**
	+ **devis, factures acquittées**
	+ **tableau récapitulatif de dépense**
	+ **RIB**
	+ **Plan de financement**

**Observations** **:** ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Attestation sur l'honneur** | **Annexe 1** |

Je soussigné(e),       (*nom, prénom*)

**\*Certifie exactes les informations du présent dossier, notamment la mention de l'ensemble des demandes de subvention introduites auprès d'autres financeurs publics ;**

 **□**

**\*Je consens à être recontacté par la Direction de la santé dans le cadre d’études de satisfaction et d’impact concernant ma participation au présent dispositif ( article 6-1.A du RGPD) ;**

**□ Oui □ Non**

 **\*Je consens à la conservation de mes nom(s), prénom(s) et coordonnées dans le cadre du référencement et suivi de ma demande par les services départementaux en charge de l’accueil du public ( article 6-1.A du RGPD) ;**

**□ Oui □ Non**

**\*Je consens à la conservation de mes nom(s), prénom(s) et coordonnées et à leur utilisation par les services départementaux pour des actions de communication ( article 6-1.A du RGPD) ;**

 **□ Oui □ Non**

Fait, le       à

 signature :

|  |
| --- |
|  |

Les informations recueillies dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande. Le Département des Alpes-Maritimes est le responsable de traitement. La base légale de ce traitement est le consentement (art 6.1.A du Règlement général sur la protection des données).

Les catégories de données personnelles enregistrées sont les suivantes :

* Etat civil et coordonnées du demandeur;
* Informations concernant l'activité professionnelle du demandeur;
* Le cas échéant, pour le propriétaire de l'entreprise individuelle dont le bénéficiaire présente la facture: L'état civil et les coordonnées.

Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entrainera l'impossibilité de traiter votre dossier. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaires à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- Le service instructeur

- Les services informatiques du Département

- La direction des finances du Département

Les décisions motivées sont notifiées à la personne ayant formulé la demande.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales.

Conformément aux articles 15 à 23 du Règlement général sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent- Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès , en vous adressant, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données - Département des Alpes-Maritimes - B.P. n° 3007 06201 Nice Cedex 3 ou par courriel à donnees\_personnelles@departement06.fr - Centre Administratif des Alpes-Maritimes - BP 3007 - 06201 Nice cedex 3. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative. Depuis l'entrée en vigueur du Règlement Européen sur la Protection des données (RÈGLEMENT (UE) 2016/679) le 25 mai 2018, tout usager a le droit de s'opposer au profilage, demander la limitation du traitement, d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (En France : CNIL : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - Téléphone : [01.53.73.22.22.](http://01.53.73.22.22.www.cnil.fr) www.cnil.fr )