**Appel à Projet 2024-2026**

**Postes partagés territoriaux**

**Annexe 2 – Lettre d’engagement**

**- Etablissements de santé partenaires -**

**Lettre d’engagement à renseigner par l’ensemble des établissements de la collaboration valant accord des établissements partenaires sur :**

* **le projet médical partagé et la fiche de poste,**
* **le recrutement du candidat proposé,**
* **le projet de recrutement d’un poste partagé territorial sur ce projet de collaboration.**

🡺 **Etablissement de santé Recruteur : …………………………..…………………………………………………**

🡺 **Etablissement de santé Partenaire 1 : …………………………..…………………………………………….**

🡺 **Etablissement de santé Partenaire 2 : ………………………………………………………………………….**

**. Candidat pressenti (NOM, Prénom) :**

**. Avis motivé des établissements partenaires sur le candidat pressenti ou, le cas échéant, sur le projet de poste partagé territorial :**

**. Projet de poste après ce poste partagé territorial, pour le candidat pressenti, au sein du ou des établissements partenaires de ce poste partagé territorial, à préciser (obligatoirement) :**

**. Engagement**

🡺 **Etablissement de santé Recruteur**

J’atteste que le candidat pressenti sera recruté sur un contrat de 2 ans obligatoires prenant effet au

…………………………………… sur un poste partagé territorial avec l’établissement de santé partenaire ………………………………………………………………………………

🡺 **Etablissement de santé Partenaire 1**

J’atteste que le candidat pressenti sera recruté sur un contrat de 2 ans obligatoires prenant effet au ………………………………… sur un poste partagé territorial avec l’établissement de santé recruteur ………………………………………………………………………………

🡺 **Etablissement de santé Partenaire 2**

J’atteste que le candidat pressenti sera recruté sur un contrat de 2 ans obligatoires prenant effet au ………………………………… sur un poste partagé territorial avec l’établissement de santé recruteur ………………………………………………………………………………

**. Engagement**

🡺 **Etablissements partenaires sur le projet médical**

S’accordent sur le recrutement et sur le reste à charge du financement du poste selon les modalités initialement exigées dans le cahier des charges.

Et attestent avoir informé le candidat pressenti des missions attendues sur le poste partagé territorial au sein des services d’accueil.

🡺 **Etablissements partenaires sur le poste partagé territorial**

A conserver la répartition, les sites de partage et la durée de financement validée par l’ARS Grand-Est.

**. Descriptif synthétique du projet s’intégrant dans le volet RH du PMP du GHT :**

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Le : …………………………………. A, ………………………………..**

**Pour l’Etablissement de santé Partenaire 1** : **……………………………………………………………….......**

**……………………………………………………………….......**

**Pour le PCME: …………………………………............**

**……………………………………………………………….......**

**Signature :**

**Pour le Directeur: …………………………………......**

**……………………………………………………………….......**

**Signature :**

**Pour le Directeur des Affaires Médicales : ……**

………………………..……………………………………………

**Signature :**

**Pour le Chef de Service d’accueil : …………………**

**……………………………………………………………………..**

**Signature :**

**Pour l’Etablissement de santé Recruteur** : **……………………………………………………………….........**

**……………………………………………………………….........**

**Pour le PCME: …………………………………................**

**……………………………………………………………….........**

**Signature :**

**Pour le Directeur: ………………………………….........**

**……………………………………………………………….........**

**Signature :**

**Pour le Directeur des Affaires Médicales : …….**

………………………..……………………………………………….

**Signature :**

**Pour le Chef de Service d’accueil : …………………….**

**………………………………………………………………………..**

**Signature :**

**Pour l’Etablissement de santé Partenaire 2** : **………………………………………………………………............................**

**Pour le PCME: …………………………………............………………………………………………………………............................**

**Signature :**

**Pour le Directeur: …………………………………......………………………………………………………………............................**

**Signature :**

**Pour le Directeur des Affaires Médicales : ……**………………………..………………………………………………………………..

**Signature :**

**Pour le Chef de Service d’accueil : …………**………………………..………………………………………………………………………

**Signature :**