**ANNEXE 1**

**DECLARATION D’INTENTION DE REDACTION D’UN PROGRAMME D’ETP**

Filière de santé maladies rares de rattachement :

**Titre du Programme d’ETP** *(indiquez s’il s’agit d’un nouveau programme, d’une actualisation d’un programme ETP existant ou …)* ***:***

**Thème du Programme ETP :**

**Calendrier prévisionnel**

Date de début du projet :

Nom du centre de référence (CRMR), centre de compétence maladies rares (CCMR) ou centre de ressources et compétences (CRC) :

Nom du responsable médical.e du CRMR/CCMR/CRC : Titre, nom, prénom, mail

Nom promoteur.trice du programme ETP maladies rares :

Si différent du responsable médical, nom du porteur du projet ETP maladies rares rattaché au

CRMR : Titre, nom, prénom, mail

Établissement de santé de rattachement du CRMR promoteur : Nom Directeur.trice d’établissement : nom, prénom, mail

Nombre de programmes d’ETP validés maladies rares de la Filière de santé de rattachement : Centres de référence ou filières de santé maladies rares associés (si nécessaire) :

Nom promoteur.trice associé du Programme ETP : Titre, nom, prénom, mail

Date :

Signature du responsable du CRMR/CCMR/CRC promoteur : Signature du promoteur.trice du programme ETP maladies rares :

Signature du directeur.trice de l’établissement de santé auquel le CRMR/CCMR/CRC promoteur est rattaché:

Signature du coordonnateur.trice de la Filière de Santé Maladies Rares :

Signature du directeur.trice de l’établissement de santé auquel la FSMR est rattachée :