# Dossier de candidature

# - AAP PNDS 2025 -

Ce dossier est à envoyer dûment complété avant la date butoir à Nathalie ABOUFARAH, chargée de mission Recherche et Formation de la filière : nathalie.aboufarah@aphp.fr

# Porteur de projet

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Email** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Réseau(x) du centre de compétence (OrphaLung / PulmoTension / RespiRare )** |  |
| **Nom de l’établissement** |  |
| **Adresse de correspondance** |  |

# Description du projet

## Pour la création d’un nouveau PNDS

|  |  |
| --- | --- |
| **Maladie respiratoire rare concernée** |  |
| **Composition du groupe de travail envisagé** |  |

## Pour la mise à jour d’un PNDS existant

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du PNDS** |  |
| **Date de publication** |  |
| **Partie(s) à actualiser** |  |
| **Composition du groupe de travail envisagé** |  |

# Mise en œuvre du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Besoins hors personnel** |  |
| **Besoins en personnels** ***(précisez le type de personnel/le nombre d’ETP/le temps de recrutement nécessaire au projet)*** |  |

|  |
| --- |
| **Calendrier prévisionnel***Merci de bien**préciser la date prévisionnelle de dépôt à l’ARS*  |
|  |

# Budget prévisionnel

|  |  |
| --- | --- |
| **Postes de dépenses** | **Coûts** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Coût total du projet (incluant autres sources de financement) : ………………………………euros

Autres sources de financement si existantes :

Signature du porteur de projet :