

– DOSSIER DE CANDIDATURE –

EXPERIMENTATION REGIONALE

De boitiers et d'une application de détection des chutes et de Protection de Travailleur Isolé (PTI) en structures médico-sociales et sanitaire

1. Présentation de l'établissement candidat	
Nom de l'établissement :	
Adresse :	
Département :	☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 13 ☐ 83 ☐ 84
Statut juridique :	
Typologie de l'établissement :	☐ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics et privés disposant d'unités spécialisées ou renforcées (UHR, URCC) ☐ Établissements sanitaires publics et privés
Le nombre de résidents / places :	
Nom du directeur de l'établissement :	
2. Référent interne de l'expérimentation	
2.1 Référent administratif	
Nom et prénom :	
Fonction dans l'établissement :	

Téléphone :	
Mail :	
2.2 Référent soignant	
Nom et prénom :	
Fonction dans l'établissement :	
Téléphone :	
Mail :	
3. Motivation de la candidature	
Avez-vous déjà connaissance du dispositif SAFEE ? :	☐ Oui ☐ Non
Pourquoi souhaitez-vous participez à cette expérimentation ? :	
Quels sont vos besoins identifiés en termes de sécurité rencontrées (chutes, agressions du personnel, etc.) ? :	
4. Contexte de l'établissement	
Présentez en quelques lignes votre établissement (organisation, publics accueillis, projets en cours, démarche qualité, transformation numérique, etc.) :	

5. Engagement et conditions techniques

- ☐ Je confirme que l'établissement est en mesure de participer à l'expérimentation pour une durée maximum de douze (12) mois, selon le calendrier défini par le GÉRONTOPÔLE Sud.
- ☐ Je reconnais avoir pris connaissance et accepter l'ensemble des prérequis techniques et engagements nécessaires à la mise en œuvre du dispositif au sein de l'établissement.
- ☐ J'accepte la collecte et l'exploitation des données d'usage du dispositif SAFEE, la participation aux questionnaires et aux bilans intermédiaire et final, ainsi que le partage des données dans le respect du RGPD.

Date et signature du représentant légal

Date de dépôt de la candidature :	
Nom et fonction du signataire :	
Signature et cachet de l'établissement :	