

**FORMULAIRE IDENTIFICATION CANDIDAT**

**Appel à projets**

**pour la création de Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT*)***

**dits *«*classiques*»***

**Date butoir le 8 avril 2019 à 15h00**

* Porteur du projet :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’association**  **ou du gestionnaire** |  |
| **Nom du Président**  **ou du Directeur général** |  |
| **Adresse** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Adresse mail** |  |

* Référent du dossier déposé :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du référent sur l’appel à projets** |  |
| **Qualité du référent** (Directeur général / adjoint, chargé de mission…) |  |
| **Adresse** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Adresse mail** |  |