



## CHARTRE DE PARTICIPATION

Nom de l'établissement : .....

Adresse .....

S'engage à participer à « **Missions Mains propres - Zéro bijou** »

L'établissement s'engage à **désigner un référent** qui coordonnera le projet qui s'étendra de 2013 à 2016.

### Le référent coordonnateur s'engage à :

- ✓ Identifier les personnes ressources au sein de son établissement.
- ✓ Veiller au bon déroulement du recueil d'information et organiser la saisie des données
- ✓ Restituer à l'établissement les résultats qui lui sont propres et les résultats multicentriques fournis par l'Antenne Régionale du CCLIN Paris Nord pour la région Picardie,
- ✓ Veiller à la confidentialité des données qui lui seront confiées,
- ✓ Adresser à l'Antenne Régionale, dans les délais fixés d'un commun accord, les fichiers informatiques de données pour qu'elles soient analysées avec l'ensemble du département et de la région.

### L'Antenne Régionale du CCLIN Paris Nord en Picardie s'engage à :

- ✓ Indiquer le lien des documents qui seront à télécharger sur le site de l'Antenne Régionale : [www.nosopicard.com](http://www.nosopicard.com)
- ✓ Fournir les documents papier pour les établissements qui n'auront pas la possibilité d'aller sur internet
- ✓ Fournir l'application informatique de saisie des données,
- ✓ Assurer une assistance méthodologique et technique,
- ✓ Vérifier la qualité des données qui lui seront adressées,
- ✓ Restituer à chaque établissement les résultats de l'état des lieux pour l'ensemble de la région Picardie,

A ....., le ..... 2013

Nom et Qualité du Signataire : .....

Référent désigné par l'établissement : Nom : ..... Prénom : .....

 ..... Courriel : .....

*Ce document doit être retourné :*

- *Soit par voie postale à : Karine Rétaux*  
Antenne Régionale du CCLIN  
CHU d'Amiens – Hôpital Nord – 80054 AMIENS cedex 1
- *Soit par courrier à : [relaux.karine@chu-amiens.fr](mailto:relaux.karine@chu-amiens.fr)*
- *Soit par fax au 03.22.66.77.67*

Signature : .....