# FICHE DESCRIPTIVE UTEP

| **Identification du Groupe Hospitalier de Territoire 77 Sud** | |
| --- | --- |
| Nom du GHT |  |
| Nom du représentant légal |  |
| Nom de l’interlocuteur UTEP pour le GHT  Mail  Numéro de téléphone (ligne directe si possible)  Nom de l’interlocuteur Direction pour le GHT  Mail  Numéro de téléphone (ligne directe si possible) |  |

| **Identification de(s) l’établissement(s)** | |
| --- | --- |
| Nom de(s) l’établissement(s) |  |
| Nom du(des) représentant(s) légal(aux) |  |
| Mail(s) du(des) représentant(s) légal(aux) |  |
| **Identification de l’UTEP** | |
| Nom de l’UTEP |  |
| Adresse de l’UTEP (si différente de la structure) |  |
| Couverture territoriale |  |
| Nom et prénom du responsable |  |
| Coordonnées du responsable   * Numéro de téléphone * Mail |  |
| Membres de l’équipe   * Nom et prénom, fonction, formation en ETP, formation autres, temps dédié * Nom et prénom, fonction, formation en ETP, formation autres, temps dédié * … |  |
| Nombre de programmes |  |
| Nombre de professionnels impliqués dans les programmes |  |
| Spécificités de l’UTEP (facultatif) :   * Pathologies * Méthodologie * Autres… |  |