# 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 GHTMail Numéro de téléphone (ligne directe si possible)Nom de l’interlocuteur Direction pour le GHTMail 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…
 |  |