**Fiche actualisation**

1. **Rappel de l’identité du candidat**

Type de porteur (EHPAD, AJ, HT, SSIAD, USLD,…)…………………………………………………………………………………

Nom du porteur :

Statut (association, fondation, privé lucratif, public,…) :

Finess géographique : ………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom directeur/directrice : ……………………………………………………………………………………

**Personne à contacter dans le cadre de l’AMI** :

Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

E-mail :

Téléphone :

1. **Projet déposé**

Localisation du projet :

Nom du projet déposé : ……………………………

Proposition d’actualisation tirée des enseignements de la crise Covid :