DÉMARCHE MÉTIERS-COMPÉTENCES

Lettre d’engagement

NOUVELLE AQUITAINE

Afin de confirmer la participation de votre établissement à la démarche régionale Métiers-compétences, **merci de bien vouloir compléter et retourner à votre Délégation ANFH ce bulletin de participation**.

En retournant ce bulletin, votre établissement s’engage à **fournir, via la plateforme Métiers-compétences ANFH, les données métiers** nécessaires à la réalisation de la cartographie des métiers de votre établissement, ainsi qu’à l’alimentation de la cartographie territoriale, sectorielle et régionale.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM ET VILLE DE L’ETABLISSEMENT :** |  |
| **Code ETS** | POI \_\_ \_\_ \_\_ |

Pour mener à bien cette démarche, votre établissement bénéficiera de l’**accompagnement en ligne (mail et/ou téléphone) de BVA-Grand Angle**. Dès la validation des données métiers, **vous accèderez en temps réel à la cartographie des métiers de votre établissement** depuis cette même plateforme Métiers-compétences, puis aux comparaisons territoriales et sectorielles dès la fin de la collecte régionale.

|  |  |
| --- | --- |
| **DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT :** | |
| Nom : | Prénom : |
| Tél. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ | Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DIRECTEUR / RESPONSABLE DES RESSOURCES HUMAINES :** | |
| Nom : | Prénom : |
| Tél. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ | Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **CONTACT DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES :** | |
| Nom : | Prénom : |
| Tél. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ | Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **REFERENT INTERNE CHARGE D’ALIMENTER LA PLATEFORME : (si différent du Directeur / Responsable des Ressources Humaines)** | |
| Nom : | Prénom : |
| Fonction : | |
| Tél. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ | Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| LOGICIEL « PAIE » utilisé par l’établissement : |  |

**L’établissement s’engage à :**

* Participer au projet régional Métiers-compétences via la réalisation d’une cartographie, non médicale et médicale, régionale des métiers ;
* Fournir, via la plateforme Métiers-compétences ANFH mise en place et sécurisée par BVA,   
  les données Métiers nécessaires à l’alimentation de la cartographie régionale et à la mise à disposition pour chaque établissement de sa propre cartographie ;
* Respecter les délais prévus pour la qualification des données de **avant fin décembre 2019.**

**En contrepartie de ces engagements, l’établissement bénéficie :**

* D’une aide du prestataire en ligne ;
* De la restitution de sa propre cartographie des métiers et des compétences de manière instantanée puis de son positionnement par rapport aux données territoriales, régionales, et sectorielles à l’issue de la collecte des données ;
* A l’issue du projet régional, de la possibilité de mettre à jour sa cartographie des métiers et des compétences en totale autonomie directement depuis la plateforme ;
* D’une prise en charge financière du projet « Métiers-compétences » par l’ANFH.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / 2019

Signature du chef d’établissement ou de son représentant

Prénom, Nom - Fonction :

Signature :

**Pour les adhérents du SILPC, merci de remplir ce cadre complémentaire :**

|  |
| --- |
| M\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Titre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autorise le SILPC à communiquer au prestataire BVA les données RH de l’établissement nécessaires à la réalisation de la cartographie des métiers.  A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du représentant de l’établissement |

|  |
| --- |
| **Merci de bien vouloir retourner ce document complété et signé à :** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pour les départements** | Délégations | Adresses | e-mails |
| **16-17-79-86** | **ANFH POITOU-CHARENTES** | 22 rue Gay-Lussac  BP 40951  86038 POITIERS CEDEX | poitoucharentes@anfh.fr |