|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APPEL À CANDIDATURES 2025  **Labellisation des réseaux nationaux de référence pour cancers rares de l’adulte, intégrant l’organisation de la double lecture des tumeurs malignes de l’enfant**  **KRARES25**  **Engagements :**   * + du coordonnateur principal,   + du seul ou des deux co-coordonnateur(s) si le centre de référence est multisite,   + du coordonnateur pathologiste pour les réseaux anatomocliniques seulement, et   + des représentants légaux de l’établissement respectif de rattachement de ce ou ces coordonnateurs.   **Ce document complet doit être scanné puis déposé dans le Portail PROJETS – dépôt de projets- rubrique "engagement des équipes".**   |  |  | | --- | --- | | **N° du dossier**: Veuillez indiquer le n° de dossier attribué par le portail PROJETS |  | | **Titre du projet/ Nom du réseau national de référence** |  | | **Cancer(s) rare(s) concerné(s)** |  | | **Coordonnateur principal du projet :** |  | | **Nom et adresse de l’établissement de santé de rattachement du coordonnateur principal :** |  | |

|  |
| --- |
| **Information relative à l’utilisation des données personnelles**  **renseignées dans le dossier de candidature** |
| Dans le cadre de ses missions d’intérêt public, l’Institut national du cancer conduit des appels à projets dans le domaine de la cancérologie. Afin d’effectuer l’évaluation des projets reçus et d’assurer le recensement et le suivi des appels à projets financés par l’Institut, ce dernier doit recueillir des données relatives à l’identité et la vie professionnelle du / des coordonnateur(s), du représentant légal ou de la personne dûment habilitée de l’organisme bénéficiaire, de la personne chargée du suivi administratif du dossier, du responsable d’équipe et, le cas échéant, du personnel de l’équipe et des personnes désignées par le coordonnateur principal ne devant pas avoir connaissance du projet, ces dernières pouvant de par leurs liens en tirer un avantage direct ou indirect.  Les personnes dont les données personnelles figurent dans le dossier de candidature doivent être informées par celui qui les a désignées que l’Institut les utilisera selon les modalités ici décrites.  L’Institut est le responsable de l’utilisation de ces données.  Il les conservera 10 (dix) ans à compter de la dernière activité ou action de la personne sur le Portail Projets (par exemple signature d’un engagement, dépôt d’un document sur le Portail Projets).  Vos données (nom, prénom, fonction, adresse e-mail) seront conservées dans la base de données de contacts de l’Institut dans les conditions exposées dans la Politique de protection des données à caractère personnel : <https://www.e-cancer.fr/Politique-de-protection-des-donnees-a-caractere-personnel>.  Conformément au Règlement général sur la protection des données 2016/679 et à la loi informatique et libertés n°78-17 modifiée, vous disposez durant la durée du traitement d’un droit d’opposition, d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement et d’un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour les exercer, veuillez adresser votre demande par mail à l’adresse suivante : [dpo@institutcancer.fr](mailto:dpo@institutcancer.fr)  Vous trouverez les coordonnées de l’Institut, de son représentant et de sa déléguée à la protection des données sur <https://www.e-cancer.fr/Politique-de-protection-des-donnees-a-caractere-personnel>.  Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la Commission nationale de l’informatique et des libertés (CNIL) ou par voie postale. |

# Coordonnateur principal du réseau national de référence « cancers rares »

|  |
| --- |
| **Engagement du coordonnateur principal du réseau national de référence « cancers rares »** |
| Je, soussigné(e) : (nom prénom -à compléter) :   * Déclare avoir pris connaissance : * de l' appel à projets « **Labellisation des réseaux nationaux de référence pour cancers rares de l’adulte** » ; * du dossier de candidature : « nom du réseau de référence à compléter » ; * Certifie que les informations figurant dans le dossier de candidature intègrent l’ensemble des données recueillies auprès des centres de compétence du réseau ; * M’engage à : * assurer la conduite et la coordination du projet décrit dans ledit dossier, et à participer à la réalisation des missions du réseau national de référence « cancers rares » ci-dessus ; * répondre à l’enquête annuelle d’activité menée par l’Institut national du cancer et notamment à colliger les données d’activité de l’ensemble des centres de compétences composant le réseau ci-dessus ; * en cas de cessation de ma fonction de coordonnateur principal pour quelque raison que ce soit, à en informer mon directeur d’établissement en mettant en copie l’Institut national du cancer (département organisation et parcours de soins) dans les 6 mois qui précèdent cette cessation.   Je déclare avoir pris connaissance du traitement de mes données personnelles et de mes droits et, le cas échéant, de l’obligation que j’ai d’informer les personnes dont j’ai cité le nom dans le dossier de candidature.  Fait à  le :  NOM Prénom et Signature manuscrite uniquement  Cachet de l’établissement de santé : |

# Représentant légal de l’établissement de rattachement du coordonnateur principal du réseau national de référence « cancers rares » :

|  |
| --- |
| **Engagement du représentant légal de l’établissement de rattachement du coordonnateur principal du réseau national de référence « cancers rares » :** |
| Nom de l’établissement de santé : (à compléter)  Je, soussigné(e) [1], NOM, Prénom (à compléter)  Représentant légal  Ou bien personne dûment habilitée  [1] Cette personne est soit le représentant légal de l’organisme auquel est rattachée l’équipe, soit toute autre personne dument habilitée et bénéficiant d’une délégation de pouvoir ou de signature établie par le représentant légal du candidat. En cas de délégation de pouvoir ou de signature, joindre la copie de délégation de signature.   * Déclare avoir pris connaissance : * de l'appel à projets « **Labellisation des réseaux nationaux de référence pour cancers rares de l’adulte** » ; * du dossier de candidature : «nom du réseau de référence à compléter» ; * Certifie que les informations figurant dans le dossier de candidature intègrent l’ensemble des données recueillies auprès des centres de compétence du réseau ; * M’engage à : * permettre au coordonnateur principal de mener à bien les missions de coordination du réseau national de référence décrites dans l’appel à candidatures et à participer à la réalisation de ces missions ; * ce que le coordonnateur principal transmette à l’Institut national du cancer annuellement les données d’activité du réseau sur l’état de ces différentes missions ; * en cas de cessation de fonction du coordonnateur principal pour quelque raison que ce soit, informer l’Institut national du cancer (département organisation et parcours de soins), et à proposer un candidat pour la coordination principale du réseau labellisé. * mobiliser intégralement les crédits obtenus pour les missions précitées et dans les meilleurs délais, dès leurs versements. L’attribution des crédits au titre desdites missions du réseau ne serait plus effectuée auprès de mon établissement, si le coordonnateur principal n’y était plus rattaché.   Je déclare avoir pris connaissance du traitement de mes données personnelles et de mes droits et, le cas échéant, de l’obligation que j’ai d’informer les personnes dont j’ai cité le nom dans le dossier de candidature.  Fait à  le :  NOM Prénom et Signature manuscrite uniquement  Cachet de l’établissement de santé : |

**Uniquement pour les centres de référence multisite**

# 3. Co-coordonnateurs : un seul ou deux co-coordonnateurs du réseau national de référence « cancers rares », si centre de référence multisite (renvoyer 2 formulaires distincts si deux co-coordonnateurs le cas échéant)

|  |
| --- |
| **Engagement du co-coordonnateur,** si centre de référence multisite : |
| Je, soussigné(e) : (nom prénom -à compléter) :   * Déclare avoir pris connaissance : * de l' appel à projets « **Labellisation des réseaux nationaux de référence pour cancers rares de l’adulte »** ; * du dossier de candidature : « nom du réseau de référence à compléter » ; * Certifie que les informations figurant dans le dossier de candidature intègrent l’ensemble des données recueillies auprès des centres de compétence du réseau ; * M’engage à : * assurer la co-coordination du projet avec le coordonnateur principal du réseau, décrit dans ledit dossier, et à participer à la réalisation des missions du réseau national de référence pour cancers rares ci-dessus ; * en cas de cessation de ma fonction de co-coordonnateur pour quelque raison que ce soit, à en informer le coordonnateur principal du réseau, mon directeur d’établissement en mettant en copie l’Institut national du cancer (département organisation et parcours de soins) dans les 6 mois qui précèdent cette cessation.   Je déclare avoir pris connaissance du traitement de mes données personnelles et de mes droits et, le cas échéant, de l’obligation que j’ai d’informer les personnes dont j’ai cité le nom dans le dossier de candidature.  Fait à  le :  NOM Prénom et Signature manuscrite uniquement  Cachet de l’établissement de santé : |

# 4. Représentant(s) légal/aux de l’établissement de rattachement du seul ou des deux co-coordonnateurs du réseau national de référence « cancers rares », si centre de référence multisite (renvoyer 2 formulaires distincts si deux co-coordonnateurs le cas échéant)

|  |
| --- |
| **Engagement du représentant légal de l’établissement de rattachement du co-coordonnateur du réseau national de référence cancers rares si centre de référence multisite :** |
| Nom de l’établissement de santé : (à compléter)  Je, soussigné(e) [1], NOM, Prénom (à compléter)  Représentant légal  Ou bien personne dûment habilitée  [1] Cette personne est soit le représentant légal de l’organisme auquel est rattachée l’équipe, soit toute autre personne dument habilitée et bénéficiant d’une délégation de pouvoir ou de signature établie par le représentant légal du candidat. En cas de délégation de pouvoir ou de signature, joindre la copie de délégation de signature.   * Déclare avoir pris connaissance : * de l' appel à projets **« Labellisation des réseaux nationaux de référence pour cancers rares de l’adulte »** ; * du dossier de candidature : « nom du réseau de référence à compléter » ; * Certifie que les informations figurant dans le dossier de candidature intègrent l’ensemble des données recueillies auprès des centres de compétence du réseau ; * M’engage à : * permettre au co-coordonnateur de mener à bien ses missions avec le coordonnateur principal du réseau national de référence, décrites dans l’appel à candidatures et à participer à la réalisation de ces missions ; * en cas de cessation de fonction du co-coordonnateur pour quelque raison que ce soit, informer le coordonnateur principal et l’Institut national du cancer (département organisation et parcours de soins), et à proposer un candidat pour la co-coordination du réseau labellisé ; * mobiliser intégralement les crédits obtenus pour les missions précitées et dans les meilleurs délais dès leurs versements. L’attribution des crédits au titre desdites missions du réseau ne serait plus effectuée auprès de mon établissement, si le co-coordonnateur n’y était plus rattaché.   Je déclare avoir pris connaissance du traitement de mes données personnelles et de mes droits et, le cas échéant, de l’obligation que j’ai d’informer les personnes dont j’ai cité le nom dans le dossier de candidature.  Fait à  le :  NOM Prénom et Signature manuscrite uniquement  Cachet de l’établissement de santé : |

# Uniquement pour les réseaux anatomocliniques

# 5. Coordonnateur pathologiste du réseau national de référence « cancers rares »

|  |
| --- |
| **Engagement du coordonnateur pathologiste du réseau national de référence « cancers rares »** |
| Je, soussigné(e) : (nom prénom -à compléter) :   * Déclare avoir pris connaissance : * de l' appel à projets **« Labellisation des réseaux nationaux de référence pour cancers rares de l’adulte »** ; * du dossier de candidature : « nom du réseau de référence à complétere » ; * Certifie que les informations figurant dans le dossier de candidature intègrent l’ensemble des données recueillies auprès des centres de compétence du réseau ; * M’engage à : * assurer la conduite et la coordination de l’activité anatomocytopathologique (ACP) du projet décrit dans ledit dossier, en collaboration avec le coordonnateur principal, et à participer à la réalisation des missions du réseau national de référence pour cancers rares ci-dessus ; * répondre à l’enquête annuelle d’activité menée par l’Institut national du cancer, en collaboration avec le coordonnateur principal, et notamment à colliger les données d’activité ACP de l’ensemble des centres de compétences composant le réseau ci-dessus ; * en cas de cessation de ma fonction de coordonnateur pathologiste pour quelque raison que ce soit, en informer le coordonnateur principal du réseau, mon directeur d’établissement en mettant en copie l’Institut national du cancer (département organisation et parcours de soins) dans les 6 mois qui précèdent cette cessation.   Je déclare avoir pris connaissance du traitement de mes données personnelles et de mes droits et, le cas échéant, de l’obligation que j’ai d’informer les personnes dont j’ai cité le nom dans le dossier de candidature.  Fait à  le :  NOM Prénom et Signature manuscrite uniquement  Cachet de l’établissement de santé : |

# 6.Représentant légal de l’établissement de rattachement du coordonnateur pathologiste du réseau national de référence « cancers rares » :

|  |
| --- |
| **Engagement du représentant légal de l’établissement de rattachement du coordonnateur pathologiste du réseau national de référence « cancers rares » :** |
| Nom de l’établissement de santé : (à compléter)  Je, soussigné(e) [1], NOM, Prénom (à compléter)  Représentant légal  Ou bien personne dûment habilitée  [1] Cette personne est soit le représentant légal de l’organisme auquel est rattachée l’équipe, soit toute autre personne dument habilitée et bénéficiant d’une délégation de pouvoir ou de signature établie par le représentant légal du candidat. En cas de délégation de pouvoir ou de signature, joindre la copie de délégation de signature.   * Déclare avoir pris connaissance : * de l' appel à projets « **Labellisation des réseaux nationaux de référence pour cancers rares de l’adulte** » ; * du dossier de candidature : « nom du réseau de référence à compléter » * Certifie que les informations figurant dans le dossier de candidature intègrent l’ensemble des données recueillies auprès des centres de compétence du réseau ; * M’engage à : * permettre au coordonnateur pathologiste de mener à bien les missions de coordination de l’activité anatomocytopathologique (ACP), en collaboration avec le coordonnateur principal, du réseau national de référence décrites dans l’appel à candidatures ; * ce que le coordonnateur pathologiste, en collaboration avec le coordonnateur principal, transmette à l’Institut national du cancer annuellement les données d’activités ACP sur l’état de ces différentes missions ; * en cas de cessation de fonction du coordonnateur pathologiste pour quelque raison que ce soit, informer le coordonnateur principal du réseau et l’Institut national du cancer (département organisation et parcours de soins), et à proposer un candidat (en accord également avec le coordonnateur principal) pour la coordination de l’activité ACP du réseau labellisé. * à mobiliser intégralement les crédits obtenus pour les missions précitées et dans les meilleurs délais dès leurs versements. L’attribution des crédits au titre desdites missions du réseau ne serait plus effectuée auprès de mon établissement, si le coordonnateur pathologiste n’y était plus rattaché.   Je déclare avoir pris connaissance du traitement de mes données personnelles et de mes droits et, le cas échéant, de l’obligation que j’ai d’informer les personnes dont j’ai cité le nom dans le dossier de candidature.  Fait à  le :  NOM Prénom et Signature manuscrite uniquement  Cachet de l’établissement de santé : |