|  |  |
| --- | --- |
| **0 0 X** | < Kleef hier de barcode /  Coller ici le code barre> |
| **CCCGGC-SCC-001** | |

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DEROGATION AUX NORMES HOSPITALIERES**

***Veuillez ne pas compléter la partie A si votre demande est introduite via le portail électronique Irisbox***

|  |  |
| --- | --- |
| **Partie A - Données d'identification** | |
| **Nom de l’institution** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Numéro d’agrément :** |  |
| **Site (s) concerné (s) par la demande** |  |
| **Personne de contact :** |  |
| **Email :** |  |
| **Tél :** |  |

**Partie B : Données de la demande**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de demande:**  **Veuillez indiquer la/les norme(s) pour laquelle/lesquelles la demande de dérogation est introduite** |  |
| **Période souhaitée:**  **Veuillez indiquer la date de début souhaitée**  **Veuillez indiquer la durée souhaitée de la dérogation demandée** |  |

**Partie C: Justification de la demande**

|  |  |
| --- | --- |
| **Justification 1 :**  **Veuillez décrire la raison pour laquelle cette norme ne peut pas être respectée** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Justification 2:**  **Veuillez indiquer les actions qui seront mise en place pour pallier au non-respect de cette norme et y joindre des documents justificatifs** |  |

Date et signature du gestionnaire ………………………………………