

PREFET DE LA GUADELOUPE

**Dossier de demande d’agrément par le Préfet de la Guadeloupe**

**des personnes ou organismes privés**

**pour délivrer des certificats de contrôle sanitaire,**

**des certificats d’exemption de contrôle sanitaire des navires**

**et des prolongations de certificats**

**pour le Grand Port Maritime de la Guadeloupe**

*Un agrément au titre de l’article R. 3115-38 et suivants du code de la santé publique peut être demandé par une personne ou un organisme privé, français ou étranger, légalement établi dans un Etat membre de la communauté européenne ou partie à l’accord sur l’Espace économique européen.*

Le dossier est déposé auprès de **l’ARS de la Guadeloupe**, pour le compte du Préfet de Guadeloupe, avant le **16 janvier 2020**.

* Adressé par voie postale, par lettre recommandée avec accusé de réception :

ARS Guadeloupe

Direction de la sécurité sanitaire

Candidature à l’agrément de délivrance des certificats sanitaires

Rue des Archives-Bisdary

97113Gourbeyre

ou

* Transmis par voie électronique avec signature électronique sécurisée à l’adresse :

[ars971-POLE-VEILLE-SANITAIRE@ars.sante.fr](mailto:ars971-POLE-VEILLE-SANITAIRE@ars.sante.fr)

|  |
| --- |
| Nom du demandeur |
|  |

**I – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**

**I.1 – Identification et coordonnées de la personne ou organisme demandeur**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom (raison sociale) de l’organisme ou prénom et nom de la personne |  |
| Adresse du siège social (bâtiment, résidence,..) |  |
| Adresse du siège social (rue, ..) |  |
| Ville |  |
| Code postal |  |
| Pays |  |
| Adresse électronique |  |
| Téléphone fixe |  |
| Téléphone portable |  |
| Télécopie |  |

**I. 2 - Identification et coordonnées de la personne représentant l’organisme demandeur**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la personne représentant l’organisme |  |
| Prénom |  |
| Qualité / Fonctions |  |

▪ Expérience dans le domaine de l’inspection des navires :

**🞎** Non

**🞎** Oui (préciser) :

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

▪ Expérience éventuelle dans le domaine sanitaire :

**🞎** Non

**🞎** Oui (préciser) :

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

**I. 3 - Description des activités du demandeur**

▪ Description des activités principales du demandeur :

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

**II – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L’INSPECTION DES NAVIRES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Qualité / Fonctions |  |
| Qualification professionnelle |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diplômes ou titres obtenus** | | |
| **Intitulé** | **Délivré par** | **Date** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

▪ Expérience dans le domaine de l’inspection des navires :

**🞎** Non

**🞎** Oui (préciser) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

▪ Eventuellement, une expérience dans le domaine sanitaire :

**🞎** Non

**🞎** Oui (préciser) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**III – EN CAS DE SOUS-TRAITANCE A UN PRESTATAIRE**

▪ Souhaitez-vous confier la mission d’inspection sanitaire à un sous-traitant ?

**🞎** Non (ne répondez pas aux questions suivantes)

**🞎** Oui (répondez aux questions suivantes)

▪ La mission d’inspection sanitaire serait :

**🞎** Totalement sous-traitée

**🞎** Partiellement sous-traitée

▪ Quelle partie de la mission serait sous-traitée ?

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

▪ Qui serait le sous-traitant (nom de l’organisme, représentant, activités principales du sous-traitant) ?

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

**IV – PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER**

🗹 Le cas échéant, les statuts et la composition du conseil d’administration de l’organisme demandeur.

🗹 Le cas échéant, l’organigramme de l’organisme réalisant les inspections sanitaires de navire.

🗹 Le nombre d’agents pouvant réaliser les inspections, accompagné des informations suivantes :

* Liste nominative des personnes qui réaliseront effectivement les inspections des navires (nom + prénom),
* Leurs qualifications professionnelles,
* Leurs diplômes,
* Les formations qu’ils ont suivies.

🗹 Un descriptif de l’organisation mise en place pour assurer l’inspection des navires pour la délivrance des certificats sanitaires.

🗹 Le descriptif des équipements de protection des personnels employés lors des inspections.

🗹 Le descriptif des matériels employés à la réalisation des inspections, des prélèvements et des analyses sur site.

🗹 Les langues parlées par les personnels en charge des missions d’inspection des navires.

🗹 L’engagement sur l’honneur du demandeur et celui de son personnel quant à la confidentialité, l’impartialité et l’indépendance en ce qui concerne les activités d’inspection sanitaire des navires.

🗹les justificatifs nécessaires pour attester qu’il a obtenu dans son pays d'origine un titre d'effet équivalent ou présente des capacités techniques équivalentes à celles mentionnées à [l'article R. 3115-39](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000026926868&dateTexte=&categorieLien=cid) du Code de la santé publique. **Si l’organisme ou la personne effectuant la demande est légalement établi dans un autre Etat membre de l’Union européenne ou partie à l’accord sur l’Espace économique européen**, il produit à l’appui de sa demande d’agrément les documents exigés par le présent dossier de demande d’agrément ou

**V – SIGNATURE DU DEMANDEUR**

Le : / / 2019 à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom-prénom du signataire Cachet de l’organisme :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature :