CERTIFICATION DU CONFINEMENT AU TITRE DU GAP III

FORMULAIRE DE demande de certification

Date de la demande :

|  |
| --- |
| **Objet de la demande :** |
| [ ]  | **Certificat de participation (CP)** | [ ]  | **Certificat provisoire de confinement (CPC)** | [ ]  | **Certificat de confinement (CC)** |
| **Activités de certification :** |
| [ ]  | **Demande initiale de CP** | [ ]  | **Renouvellement de la demande de CP** | [ ]  | **Évaluationdes lacunes** | [ ]  | **Certification initiale** | [ ]  | **Renouvellement de la certification** | [ ]  | **Extensionde validitédu certificat** |
| **INFORMATIONS SUR L’organisation** |
| Nom : | Adresse : |
| Type d’établissement (production de vaccin, recherche, diagnostic, contrôle qualité, stockage, etc.) : | Type d’activité (production en vrac, tests de contrôle qualité, recherche, travaux chez l’animal, etc.) : |
| Effectif total du personnel :  | Nombre de roulements d’équipe :  |
| Temps plein (TPl) : | Horaires des roulements/effectif des roulements : |
| Temps partiel (TPa) : |  |
| Saisonnier (S) : |  |
| Contact, NOM : | Contact, TÉLÉPHONE : |
| Contact, POSTE : | Contact, COURRIEL : |
| Directeur général, NOM : | Directeur général, TÉLÉPHONE/COURRIEL : |

**Si l’organisation comprend d’autres établissements hors site, remplir le tableau suivant :**

| **Nombre d’établissements hors site :** |  |
| --- | --- |
| **Lieu** | **Type d’activité** | **Effectif du personnel (TPl, TPa, S)** | **Horaires des roulements/effectif des roulements** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS DE FACTURATION** |
| Contact : | Téléphone : | Courriel : |
| Adresse (si elle diffère de l’adresse ci-dessus) : |

Nécessité/motif de la détention de matériels contenant du poliovirus après l’éradication :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Cessation de l’activité et du stockage | Date prévue de la cessation effective : |  |
| Mesures prises pour les échantillons de poliovirus détenus avant l’expiration du CP ou la délivrance du CPC/CC : |
| [ ]  | Destruction  | Date prévue de la destruction : |  | Moyens utilisés pour la destruction : |  |
| [ ]  | Transfert pour le confinement dans un autre établissement autorisé à détenir des stocks essentiels de poliovirus : | Transfert vers : |  | Date du transfert : |  |
| [ ]  | Manipulation ou stockage dans le cadre d’un programme de travail en cours |
| Mesures prises pour les échantillons de poliovirus détenus avant l’expiration du CP ou la délivrance du CPC/CC : |
| [ ]  | Demande de CPC/CC | Date prévue d’obtention du CPC/CC : |  | Présentation d’un plan d’action assorti de délais : | [ ]  OUI [ ]  NON |
| [ ]  | Conservation dans un lieu de stockage sécurisé | Lieu : |  | Conditions de stockage : |  |
| [ ]  | Utilisation pour d’autres activités | Préciser les activités : |  |

POUR LE RENOUVELLEMENT D’UNE DEMANDE :

|  |
| --- |
| Résumé des informations supplémentaires ou justification : |

POUR UNE DEMANDE D’EXTENSION DE CERTIFICAT :

|  |
| --- |
| Justification de la demande d’extension : |

DÉCLARATION (établissement)

Nous déclarons que les informations fournies dans ce formulaire sont, à notre connaissance, complètes et exactes. Nous comprenons que toute fausse déclaration intentionnelle nous rendrait passibles de disqualification au regard du dispositif de certification du confinement.

|  |  |
| --- | --- |
| Vu par : Nom :Poste :Date : | En présence de :Nom :Poste :Date :  |

|  |
| --- |
| **Cadre réservé** |
| **DEMANDE TRAITÉE PAR L’ANC** |
| Nom : | Pays/dépt. : | Contact, téléphone/courriel : |
| Traité le : | Validité du certificat : |
| Observations : |
| **Examen de la demande initiale/du renouvellement de la demande/de la demande d’extension**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Accepté** | [ ]  | **Rejeté** | [ ]  | **En attente** |

 |
| **Documents joints à la demande qui seront présentés à la GCC :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Éléments attestant l’application des mesures de protection secondaires et tertiaires** | [ ]  | **Aperçu des activités d’évaluation et de surveillance proposées** | [ ]  | **Contrat/accord** |  |
| [ ]  | **Évaluation des risques** | [ ]  | **Rapport d’examen des documents** | [ ]  | **Rapport d’audit** |  |
| [ ]  | **Plan d’actions correctives** | [ ]  | **Autres (préciser) :** |  |  |

 |

DÉCLARATION (ANC)

Nous déclarons que les informations fournies dans ce formulaire sont, à notre connaissance, complètes et exactes.

|  |  |
| --- | --- |
| Vu par :Nom :Poste :Date : | En présence de :Nom :Poste :Date :  |

|  |
| --- |
| **DEMANDE TRAITÉE PAR LA GCC** |
| Nom : | Unité : | Contact, téléphone/courriel : |
| Traité le : | **L’ANC a satisfait aux**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **mesures de protection secondaires** | [ ]  | **mesures de protection tertiaires** |

 |
| Observations : |
| **Examen de la demande initiale/du renouvellement de la demande/de la demande d’extension**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Accepté** | [ ]  | **Rejeté** | [ ]  | **En attente** |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| Vu par :Nom :Poste :Date : | En présence de :Nom :Poste :Date :  |