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** | |  | **Évaluation des lacunes** | |  | **Certification initiale** |  | **Renouvellement de la certification** | | |  | **Extension de validité du 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 : |