| **Formulaire de demande** |
| --- |
| Pour poser votre candidature au groupe consultatif de la société civile de l'OPS pour la gestion des risques liés aux urgences sanitaires, veuillez remplir le formulaire de candidature suivant.Veuillez envoyer votre formulaire de candidature dûment rempli, accompagné de toutes les pièces justificatives requises, par courriel à emergenciesinfo@paho.org **avant le 15 décembre 2024**.Chaque demande complète fera l'objet d'une évaluation afin de vérifier que les organisations candidates répondent aux exigences et aux critères d'éligibilité du Groupe consultatif de l'OPS pour la gestion des risques liés aux urgences sanitaires. Les candidatures éligibles seront évaluées à l'aide d'une méthode de notation visant à garantir la représentativité et la diversité géographiques, culturelles et ethniques, ainsi que l'inclusivité et l'équilibre entre les sexes, entre autres critères.Les points de contact de chaque organisation candidate recevront un courriel électronique les informant du résultat du cycle d'évaluation et les organisations candidates sélectionnées seront invitées à confirmer leur intérêt et leur engagement à faire partie du groupe consultatif. |
| 1. **Nom de l'organisation**
 |  |
| 1. **Acronyme (le cas échéant)**
 |  |
| 1. **Site web (le cas échéant)**
 |  |
| 1. **Pays/ville/commune où l'organisation est située**
 |  |
| 1. **Adresse complète de**

**l'organisation**  |  |
| 1. **Nom et courriel électronique du principal point de contact**
 |  |
| 1. **Nom et courriel électronique du point focal secondaire**
 |  |

|  |
| --- |
| **Formulaire de demande** |
| 1. **Langue dans laquelle l'organisation opère**
 |  |
| 1. **Groupe de population représenté**
 |  |
| 1. **Niveau de travail (local, national, régional, international)**
 |  |

1. **Dans l'espace ci-dessous, rédigez votre manifestation d'intérêt (3 pages maximum). Veillez à répondre aux questions suivantes :**
* Décrivez la mission et les valeurs de votre organisation.
* Pourquoi ce groupe consultatif est-il important pour vous et votre organisation ?
* Qu'attendez-vous de votre participation à ce groupe ?
* Décrivez l'expérience de votre organisation en rapport avec ce groupe consultatif, y compris la manière dont elle s'aligne sur le travail de l'OPS dans les situations d'urgence sanitaire.
* Décrivez votre expérience de collaboration avec l'OPS et/ou d'autres agences des Nations Unies.

|  |
| --- |
| *[Complétez votre manifestation d'intérêt dans cette section - 3 pages maximum].* |

1. **L'un des critères d'éligibilité pour être membre du groupe consultatif est d'être considéré comme une organisation non gouvernementale conformément au cadre de l'OPS pour l'engagement avec les acteurs non étatiques (FENSA) et d'avoir achevé le processus de diligence raisonnable et d'évaluation des risques mené dans le cadre du FENSA.**

**Veuillez remplir le formulaire de demande d'informations FENSA ci-dessous et joindre les documents justificatifs demandés à votre demande dûment remplie.**

# Informations demandées aux acteurs non-étatiques pour l’engagement avec l'OPS/OMS

Certaines informations vous sont demandées afin d’aider l'Organisation panaméricaine de la Santé, Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après «OPS» ou «OPS/OMS») à réviser les modalités de collaboration dans le contexte du cadre d'engagement avec les acteurs non-étatiques (FENSA pour ses sigles en anglais), qui a été adopté par les Organes directeurs de l'OPS avec la Résolution CD55.R3 (septembre 2016). Merci pour votre aide.

Veuillez fournir les informations suivantes :

1. Nom complet, adresse et site Web de l'entité :
2. Enoncé de la mission et /ou charte de l'entité :
3. Structure de gouvernance, règlements administratifs et composition de l’organe de gouvernance/ décisionnel (Par exemple, Conseil d'administration, Conseil, Assemblée, etc.) (Veuillez inclure les pièces justificatives pertinentes à votre réponse) :
4. Dernier état financier indiquant les sources de financement (par exemple, état financier vérifié) (veuillez à joindre à votre réponse).
5. Liste des partenaires et sources de financement.
6. Le cas échéant, une copie du certificat d'enregistrement de l’entité.
7. L'entité que vous représentez a-t-elle une association formelle, une affiliation ou des liens avec les secteurs industriels suivants ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Non | Oui | Détails |
| Alcool |  |  |  |
| Produits chimiques |  |  |  |
| Nourriture et boissons |  |  |  |
| Services de santé |  |  |  |
| Pharmaceutique |  |  |  |

L'OPS/OMS se réserve le droit de solliciter des informations supplémentaires à l'entité que vous représentez concernant son engagement proposé avec l'OPS/OMS.

En plus des données susmentionnées, il vous est demandé de signer la Déclaration de divulgation relative au tabac et aux armes pour les acteurs non étatiques ci-jointe.

# Déclaration de Divulgation Liée au Tabac / aux Armes à l'Intention des Acteurs Non Etatiques [[1]](#footnote-2)

Conformément au Cadre d'engagement avec les acteurs non étatiques (FENSA), l'Organisation panaméricaine de la Santé, Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après « OPS » ou « OPS/OMS ») ne s'engage pas avec l'industrie du tabac ou les acteurs non étatiques qui œuvrent pour promouvoir les intérêts de l'industrie du tabac. L'OPS/OMS ne s'engage pas non plus avec l'industrie de l'armement.

Aux fins de cette déclaration :

* L'industrie du tabac désigne toute entité impliquée dans la fabrication, la vente ou la distribution de tabac et de produits connexes, et toute filiale de cette entité ; et
* L'industrie de l'armement désigne toute entité impliquée dans la fabrication, la vente ou la distribution d'armes, et toute filiale de cette entité.

Cette déclaration de divulgation doit être fournie par toute organisation non gouvernementale, entité du secteur privé, fondation philanthropique et/ou institution universitaire avant de s'engager avec l'OPS/OMS.

Au vu de ce qui précède, veuillez répondre aux questions suivantes :

1. Votre entité fait-elle, ou a-t-elle fait partie au cours des quatre dernières années, des industries du tabac ou de l'armement (telles que définies ci-dessus)?

| | Oui | | Non Incapable de répondre | |

1. Au meilleur de votre connaissance de votre entité, est-ce que votre entité actuellement, ou votre entité au cours des quatre dernières années, s'est-elle engagée dans des activités visant à promouvoir ou à soutenir les intérêts de l’industrie du tabac (tel que défini ci-dessus).? Cela comprend, mais sans s'y limiter, les contrats d'approvisionnement, les contrats travail, services et lobbying.

| | Oui | | Non Incapable de répondre | |

1. A votre connaissance, votre entité a-t-elle actuellement, ou au cours des quatre dernières années, une autre association ou relation avec l’industrie du tabac (telle que définie ci- dessus). Cela inclut en particulier les intérêts d'investissement (autres que les fonds communs généraux de placement ou les accords similaires dans lesquels votre entité n'a aucun contrôle sur la sélection des investissements), les intérêts commerciaux, la fourniture ou la réception d'un soutien financier et /ou autre.

 | Oui | | Non Incapable de répondre | |

4. Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus ou si vous ne parvenez pas à répondre à une ou plusieurs questions, veuillez fournir une explication générale.

*Veuillez noter que l'OPS/OMS se réserve le droit de demander des informations supplémentaires à votre entité à cet égard.*

*En fournissant cette déclaration, votre entité s'engage à informer rapidement l'OPS/OMS de tout changement quant aux informations ci-dessus, et à remplir une nouvelle déclaration décrivant lesdits changements.*

*Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Représentant dûment autorisé)*

*Nom et titre du représentant dûment autorisé :*

*Nom de l’entité :*

*Date :*

1. Organisations non gouvernementales, entités du secteur privé, fondations philanthropiques et institutions universitaires [↑](#footnote-ref-2)