**QUEL EST LE PLAN?**

(GSAT Modèle de plan d'action)

**Domaine d'amélioration identifié:**

**Objectif:**

**Se rapporte aux critères GSAT suivants:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIONS**  Que va-t-on faire? | **RESPONSABLE**  Qui va le faire au sein de l’OSN | **DÉLAI**  D’ici quand? | **RESSOURCES**  Quelles ressources / soutien sont disponibles / nécessaires? | | **ICP** (KPIs)  Indicateurs de succès | **COMMENTAIRES/NOTES** |
| Ressources disponibles | Soutien nécessaire |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

***Veuillez envoyer votre plan d'action à votre Bureau Régional, au plus tard 3 mois après avoir reçu votre rapport d’évaluation GSAT.***