

Fiche de candidature aux Comités de Protection des Personnes

Sud-Ouest&Outre-Mer IV (Limoges)

Ouest III (Poitiers)

Sud-Ouest&Outre-Mer III (Bordeaux)

Candidatures à retourner pour le 18 mai 2018 (dernier délai)

- Par messagerie à l'adresse suivante : ARS-NA-DSTRAT@ars.sante.fr

ou

- Par courrier à l'adresse suivante : A.R.S. de Nouvelle Aquitaine – direction de la stratégie – 103 bis rue Belleville- CS 91704 – 33063 Bordeaux Cedex

Contact téléphonique : 05.57.01.44.32/05.57.01.44.16

Renseignements personnels :

NOM

Prénom

Adresse personnelle :

Fonction :

Adresse professionnelle :

Téléphone :

Adresse électronique :

Comité pour lequel vous postulez* : Sud-Ouest&Outre-Mer IV (Limoges)

* Cochez la case correspondante

Ouest III (Poitiers)

Sud-Ouest&Outre-Mer III (Bordeaux)

Collège et catégorie pour lesquels vous postulez Cochez la case correspondante

PREMIER COLLEGE

Personne ayant une qualification et une expérience approfondie en matière de recherche biomédicale (précisez si vous êtes médecin ou si vous avez une compétence en matière de biostatistique ou d'épidémiologie)

Médecin généraliste

Pharmacien hospitalier

Infirmier

DEUXIEME COLLEGE

Personne qualifiée en raison de sa compétence à l'égard des questions d'éthique

Psychologue

Travailleur social

Personnes qualifiées en raison de leur compétence en matière juridique

Représentants d'associations agréées de malades et d'usagers du système de santé

Commentaires éventuels :

Type de poste pour lequel vous postulez : Cochez la case correspondante

Titulaire

Suppléant

Fait à _____, le _____

Signature

Éléments et documents à joindre à la fiche de candidature

- 1. La déclaration publique d'intérêt (D.P.I.) à renseigner en ligne** – les membres des comités de protection des personnes doivent, avant de commencer leurs travaux au sein d'un C.P.P. déclarer leurs intérêts sur le site ministériel : <https://dpi-declaration.sante.gouv.fr>

Dans ce cadre, je vous remercie de bien vouloir renseigner les éléments suivants permettant de procéder à la création de votre compte pour une déclaration en ligne de vote D.P.I.

Nom de naissance

Prénom de naissance

Nom d'usage

Prénom d'usage

Date de naissance

Lieu de naissance

Adresse e-mail (professionnelle ou personnelle ou contact)

Téléphone portable

Identifiant Répertoire Partagé des Professionnels de Santé pour les professionnels de santé concernés

- 2. Un curriculum vitae**

- 3. Le cas échéant : liste des publications scientifiques et titres**

- 4. Copie des diplômes**

- 5. Pour les représentants d'associations agréées, une copie de l'arrêté d'agrément**

