

DOSSIER DE CANDIDATURE

« REPRESENTANTS DES USAGERS EN COMMISSION DES USAGERS »

Après un premier appel à candidatures lancé en juin 2022, qui a permis de pourvoir 652 postes de représentants d'usagers dans 248 établissements de santé de la région, l'ARS Nouvelle-Aquitaine lance un second appel à candidatures auprès des associations d'usagers du système de santé agréées afin de pourvoir les postes de représentants des usagers en CDU restés vacants.

Pour faire acte de candidature, merci de remplir le questionnaire ci-après et de le renvoyer à la délégation départementale de l'ARS concernée par mail, à savoir :

- 16 – Charente : ars-dd16-direction@ars.sante.fr
- 17 – Charente Maritime : ars-dd17-direction@ars.sante.fr
- 19 – Corrèze : ars-dd19-direction@ars.sante.fr
- 23 – Creuse : ars-dd23-direction@ars.sante.fr
- 24 – Dordogne : ars-dd24-direction@ars.sante.fr
- 33 – Gironde : ars-dd33-direction@ars.sante.fr
- 40 – Landes : ars-dd40-direction@ars.sante.fr
- 47 – Lot et Garonne : ars-dd47-direction@ars.sante.fr
- 64 – Pyrénées Atlantiques : ars-dd64-direction@ars.sante.fr
- 79 – Deux-Sèvres : ars-dd79-direction@ars.sante.fr
- 86 – Vienne : ars-dd86-direction@ars.sante.fr
- 87 – Haute-Vienne : ARS-DD87-DIRECTION@ars.sante.fr

1. ASSOCIATION AGREEE

Nom de l'association :

Agrément :

- De quel agrément disposez-vous (national ou régional) ? :

- Quelle est la date de fin de votre agrément ? :

- ***Veillez joindre à la candidature l'arrêté d'agrément de l'association***

Objet de l'association :

Adresse postale de l'association :

Numéro de téléphone de l'association :

Adresse mail de l'association :

Président(e) de l'association :

- Nom et Prénom :

- Adresse mail :

- Numéro de téléphone :

2. CANDIDATURE

Nom de l'établissement de santé :

Poste souhaité par le candidat (titulaire ou suppléant) :

Attention, en fonction du nombre de candidature, l'ARS se réserve la possibilité de proposer au candidat un autre poste que celui souhaité.

Nom et Prénom du candidat :

Numéro de téléphone du candidat :

Adresse mail du candidat :

Le candidat, est-il actuellement membre du conseil de surveillance de l'établissement mentionné ci-dessus ?

- OUI
- NON

Le candidat, a-t-il déjà exercé un mandat de représentant des usagers ?

- OUI
- NON

Le candidat, a-t-il déjà fait la formation de base du représentant des usagers comme par exemple, la formation « RU, en avant » ? (en cas de réponse positive, merci de joindre le justificatif de formation)

- OUI
- NON

Si non, le candidat s'engage-t-il à se former ?

- OUI
- NON

J'accepte que les données transmises dans ce document soient enregistrées et utilisées par l'ARS et ses délégations départementales dans le cadre strict de ses activités, sans divulgation à des tiers à l'exception de France Assos Santé afin que cette dernière puisse suivre le renouvellement et organiser les formations obligatoires des représentants des usagers.

- OUI
- NON

Date :

Signature :