

|  |  |
| --- | --- |
| *La direction de la santé publique* |  |

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE COREVIH**

**Réponse avant le 19 mai 2017**

**Choix du COREVIH d'affectation:**

□ COREVIH pour les territoires de référence des départements de l’Isère, de la Savoie et de la Haute Savoie, installé au CHU de Grenoble

□ COREVIH pour les territoires de référence des départements de l'Allier, le Cantal, la Loire, la Haute Loire, et le Puy de Dôme, installé au CHU de Clermont-Ferrand

□ COREVIH sur les territoires les territoires de référence des départements de l'Ain, l'Ardèche, la Drôme et le Rhône, installé aux Hospices Civils de Lyon

**Type de candidature:**

□ Ancien membre de COREVIH ( préciser le collège) :

□ Nouveau candidat

**Collège désiré: Titulaire  🗆 Suppléant  🗆**

□ 1

□ 2

□ 3

□ 4

**La structure :** ...................................................................................................................

Pour les associations d'usagers,: (l’indication du numéro d’agrément santé est obligatoire, il figure sur l’arrêté)

* au niveau national n° agrément : …………………………….
* au niveau régional n° agrément : …………………………….

Adresse : ...................................................................................................Ville Code postal :.........................

Tél. :...................................................... Mail : ....................................................

**Propose comme candidat :**

Civilité : M., Mme :……………….Nom : ............................................................. Prénom : ………………………….

Adresse : ....................................................................................................Ville Code Postal : ……………......

Tél. :..................................................................... Mail : .........................................................

Fonction dans l'association : ....................................................................................................

Motivations de la candidature :

**Signature** **du (de la) candidat(e)** **Signature du représentant de la structure** et **Cachet**

 Date : Date :

|  |
| --- |
|  |

**Formulaire de candidature à envoyer sur la boîte mail:** **ars-ara-prevention-promotion-sante@ars.sante.fr** **avant le 19 mai 2017**