

**PROPOSITION DE CANDIDATURE**

**POUR LA COMMISSION DES USAGERS**

**(Une fiche par candidat et par établissement)**

1. **Association**

Nom de l’association (en toutes lettres):

Adresse postale :

Adresse mail :

Téléphone :

Nom et prénom du Président de l’association ou de son représentant :

Intérêts défendus par l’association :

|  |
| --- |
|  |

1. **Association agréée au titre de l'article L.1114-1 du code de la santé publique :**

***Pour rappel, seules les associations agréées en santé peuvent représenter les usagers. Aussi l’ensemble des informations demandées ci-dessous doivent être complétées afin de pouvoir étudier la recevabilité de votre demande.* Merci de vérifier votre numéro d’agrément sur le site :** <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/associations-d-usagers-du-systeme-de-sante-agreees>

au niveau national  au niveau régional

n° agrément  : N20 / / n° d’agrément : R20…/…./…..

Date de fin de validité : …/…./…. Date de fin de validité : …./…./….

1. **Candidat proposé par l’association**

Civilité : M. Mme

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal – Ville :

Tél : Mail :

Profession ou ancienne profession :

Fonction dans l’association :

- Le candidat exerce / a exercé un mandat de représentant des usagers :  Oui  Non

* Commission des usagers :  Oui  Non , oui dans quel(s) établissement(s) : ………………………………………….
* Conseil de surveillance :  Oui  Non , oui dans quel(s) établissement(s) :
* CRSA :  Oui  Non , oui dans quelle(s) commission(s) :

- Le candidat a-t-il bénéficié d’une formation de base de représentant des usagers au titre de l’article L.1114-1 du CSP et de l’arrêté du 17 mars 2016 ?

Oui *(joindre copie attestation)*

Non (***la formation est obligatoire dans les 6 mois suivant la prise du mandat. L’attestation devra être transmises à l’ARS dans ces délais.)***

- Le candidat a-t-il bénéficié d’une autre formation ? si oui, la ou lesquelles ?

Motivation de la candidature :

|  |
| --- |
|  |

1. **Etablissements dans lequel l’association propose le candidat**

***Etablissement n°1***

Nom de l’établissement :

Commune :

Département :

Type de siège souhaité :  titulaire  suppléant

***Etablissement n°2***

Nom de l’établissement :

Commune

Département :

Type de siège souhaité :  titulaire  suppléant

***Etablissement n°3***

Nom de l’établissement :

Commune

Département :

Type de siège souhaité :  titulaire  suppléant

En cochant cette case, le président de l'association ou son représentant certifie l'exactitude des éléments déclarés dans ce formulaire.

En cochant cette case, la personne qui a complété le formulaire certifie avoir obtenu l’accord du candidat pour présenter sa candidature et que ce dernier s’engage en cas de désignation à participer avec assiduité aux réunion organisées par la commission de l’établissement.

En cochant cette case, la personne qui a complété le formulaire certifie avoir obtenu l’accord du candidat que les données personnelles le concernant (nom, prénom, adresses, adresses mails professionnelles et personnelles, numéros de téléphone professionnels ou personnels) soient conservées par l’ARS Auvergne-Rhône-Alpes dans un fichier pour la nécessité de la gestion et du suivi de sa candidature et transmises aux établissements de santé concernés, dans le cadre de l’application des dispositions des articles R1112-79 à R1112-94 du code de la santé publique relatifs à la commission des usagers, conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) du 25 mai 2018 et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.

Date : le à

**Signature du (de la) président(e) de** **l'association agréée** ou de son délégué (en ce cas faire précéder de la mention : **par délégation**) et **Cachet de l'association agréée** :