

PROPOSITION DE CANDIDATURE POUR LA COMMISSION DES USAGERS DE

.....

(Une fiche par candidat et par établissement)

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

*Nom :

*Tél : Email :

*Numéro d'agrément : Date d'agrément :

Au niveau national : n° d'agrément : N20.../...../.....

OU

Au niveau régional : n° d'agrément : R20.../...../.....

Indiquez le téléphone et
l'adresse email de l'association
qui propose la candidature

Indiquez le numéro et la date
d'agrément. A défaut
d'agrément, vous ne pouvez
pas présenter de candidat, à
moins que votre demande
d'agrément soit en cours
d'instruction

Veuillez vérifier votre numéro d'agrément sur le site :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/associations-d-usagers-du-systeme-de-sante-agreees>

*Si votre demande d'agrément (1^{ère} demande ou renouvellement) est en cours d'instruction

Date de dépôt :

Numéro d'enregistrement:

*Nom et prénom du Président de l'association agréée ou de son représentant :

Indiquez les nom et prénom de la
personne ET le nom de
l'association

Propose comme candidat :

Civilité : M/Mme : **Nom :** **Prénom :**

Adresse : **CP/Ville :**

Tél : **Email :**

Complétez 1 dossier de
candidature par établissement et
par candidat présenté

(Voir listes des postes à pourvoir)

En tant que : Titulaire

Suppléant

Indiquez tous les postes sur lesquels le
candidat souhaite postuler.

Fonction dans l'association :

Motivation de la candidature :

Le candidat : **exerce** **a exercé : un mandat de représentant des usagers**

Nom du ou des établissement(s)et/ou des instances :.....

Cochez la case concernée et précisez l'ensemble des mandats exercés

Pour la CDU de l'établissement suivant :

Nom :.....

Adresse :

Complétez 1 dossier de candidature par établissement et par bénévole (Voir listes des postes à pourvoir)

Lien entre les actions de l'association et

le champ d'activité de l'établissement :

Ex : l'association mène des actions d'aide aux parents d'enfants atteints de leucémie ; l'établissement a un service de cancérologie pédiatrique

Distance géographique entre le domicile du candidat et l'établissement de santé :

Le candidat a t'il bénéficié d'une formation en lien avec la fonction de représentant des usagers ?

- Oui
- Non

Si oui, la ou lesquelles :

thème(s) de formation(s) :.....

organisme(s) de formation(s) :.....

date(s) de formation(s) (facultatif):.....

Rayez la mention inutile et précisez si vous avez suivi la formation obligatoire dans le cas où vous exercez déjà un mandat de représentant d'usagers

Le candidat et l'association sont informés que l'ARS Grand Est publiera les décisions de désignation des représentants des Usagers comportant les noms et prénom du candidat et la dénomination de l'association au Recueil des Actes Administratifs de la Région Grand Est et sur son site internet le temps de la durée de son mandat d'afin d'information des usagers. Le candidat et l'association déclarent y consentir expressément.

Par ailleurs, le candidat déclare consentir expressément, conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés telle que modifiée, à ce que les données personnelles le concernant soient conservées pendant une durée de 3 ans par le service compétent de l'Agence Régionale de Santé Grand Est dans un fichier pour la nécessité de la gestion et du suivi de sa candidature ainsi que la gestion et le suivi de son mandat éventuel de représentant des usagers au sein d'une commission des usagers d'un établissement de santé, et transmises à l'établissement de santé concerné

Par ailleurs, sous réserve du recueil du consentement express du candidat, l'Agence Régionale de Santé Grand Est pourra être autorisée à communiquer ses données à caractère personnel aux destinataires suivants, à savoir :

- *Les organismes de formation et d'animation du réseau* : France Assos Santé (UNASS) et toute autre association qui pourrait bénéficier d'une habilitation à la formation de base des représentants des usagers par le Ministère de la Santé et de la Prévention,

- Oui
- Non

(Merci de rayer la mention inutile)

Rayez la mention inutile

- *Les services compétents de l'Agence Régionale de Santé Grand Est* en matière de communication institutionnelle ou d'organisation de réunions/ groupes de travail en lien avec la santé.

- Oui
- Non

(Merci de rayer la mention inutile)

Rayez la mention inutile

Signature du (de la) candidat(e)

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**

Date :

Date :

Fiche de candidature à retourner

- soit par email à ars-grandest-representants-usagers@ars.sante.fr
- soit par courrier postal à l'adresse suivante (le cachet de la poste faisant foi)

Direction de la Stratégie
ARS GRAND EST
3 boulevard Joffre
54036 NANCY CEDEX