

# Formulaire de candidature Représentant des usagers aux conseils de surveillance

L'association : \_\_\_\_\_

Adresse :

Tél. :

Mail :

Numéro d'association agréée par le ministère de la santé \* : au niveau national : \_\_\_\_\_  
au niveau régional : \_\_\_\_\_

Propose comme candidat pour un mandat de 5 ans :

M. Mme, Mlle

Nom de famille :

Prénom :

Nom d'usage :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Tél. :

Mail :

Fonction dans l'association :

Expérience associative :

Exerce / a exercé un mandat de représentant des usagers : OUI - NON

Si oui, lequel, quand :

Formations suivies :

Exerce/a exercé la profession de :

\* Pour le conseil de surveillance de l'établissement suivant : \_\_\_\_\_

Date :	Date :
Signature du (de la) candidat(e) :	Signature du (de la) président(e) de l'association * :
	<b>Cachet de l'association *</b>

**Pour rappel, la désignation du candidat retenu sera faite par Monsieur/Madame le Préfet/la Préfète.**

Formulaire à adresser par mail à l'adresse suivante : [ars-ara-dos-conseils-surveillance@ars.sante.fr](mailto:ars-ara-dos-conseils-surveillance@ars.sante.fr)

\* Obligatoire