

**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 : …./…./….

***Bloquer la suite du document si les informations relatives à l’agrément ne sont pas complétées correctement***

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) :
* Conseil territorial de santé : [ ]  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

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** :