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…./……/……...

*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 est en cours d’instruction (1ère demande ou renouvellement)

Date de dépôt :

 Numéro d’enregistrement :

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

⃝ **Propose comme candidat :**

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

 Adresse :……………………………………………………………CP/Ville :…………………………………………………….

 Tél :……………………………………………………………Email :………………………………………………………………….

**En tant que :** ⃝ Titulaire ⃝ Suppléant

**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 :…………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

⃝**Pour la CDU de l’établissement suivant :**

Nom :…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

**⃝Lien entre les actions de l’association et le champ d’activité de l’établissement :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**⃝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) *(facultatifs)* :………………………………………………………………………………………………

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 1978relative 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)

- *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)

**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