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

**PROPOSITION DE CANDIDATURE POUR LA COMMISSION DES USAGERS DE …………………**

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

**Numéro de téléphone :**………………………………………………….………………………………………………………………………….……

**Email** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………

**Numéro d’agrément :**

Au niveau national, n° d’agrément : N20…./……/……...

OU

Au niveau régional, n° d’agrément : R20…./……/……...

**Date d’agrément :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Vous pouvez vérifier votre numéro d’agrément sur le site :* [*https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/associations-d-usagers-du-systeme-de-sante-agreees*](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 ou représentant de l’association** :…………………………………………………………………..

**Propose comme candidat :**

**Civilité :**

**M-Mme** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Nom et prénom** : ………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

**CP/Ville** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Numéro de téléphone**: ……………………………………………………………………………………………………………..………

**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**

**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 de la formation : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Organisme de formation : ………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………..

Date de formation (facultatif) : ……………………………………………………………………………………………………………………………

*Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, telle que modifiée, vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données de l’ARS GRAND EST à l’adresse suivante : ars-grandest-dpo*[*@ars.sante.fr*](mailto:ARS-GRANDEST-DPO@ars.sante.fr) ***.*** *Si vous estimez, après l’avoir contacté, que vos droits « informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

**Communication autour des désignations de représentants des usagers (RU) au sein des Commissions des Usagers (CDU) des Etablissements sanitaires du Grand Est :**

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.

Enfin, 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

**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

**Signature du président de l’association agréée1 et cachet**

**Signature du candidat**

Fait à…………………………, le ……………………………

**Fiche de candidature à retourner :**

* Soit par email à [ars-grandest-representants-usagers@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-representants-usagers@ars.sante.fr)
* soit par courrier postal à l’adresse suivante :

**Agence Régionale de Santé Grand Est**

**Direction du cabinet, des relations institutionnelles et transfrontalières**

Cité administrative Gaujot

14 rue du Maréchal Juin

67084 STRASBOURG CEDEX

1 Ou de son délégué, en ce cas faire précéder de la mention « *par délégation* »