

**FICHE DE CANDIDATURE
REPRESENTANTS DES USAGERS
A LA COMMISSION DES USAGERS**

DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE

ETABLISSEMENT

NOM de l'établissement :

Commune :

Département :

ASSOCIATION*

NOM de l'association :

Adresse mail :

Contact santé de l'association :

Agrément : national régional

Le

Cachet de l'association & signature du Président

**Pour rappel, seules les associations agréées en santé peuvent être représentées.*

CANDIDAT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Adresse mail :

Tél. :

Portable :

Poste souhaité : titulaire suppléant indifférent

Etes-vous RU au Conseil de Surveillance de l'établissement souhaité ?

oui non

Avez-vous suivi des formations à destination des Représentants des Usagers ?

oui non

Si oui en quelle année ?

Avez-vous suivi la formation de base de représentants des usagers (obligatoire pour ceux nommés à compter du 1^{er}

juillet 2016) ?

oui non

Si oui en quelle année et par quelle association agréée? (FNATH, CLCV, France ASSOS SANTE, UNAF, ACTIF SANTE, ACTION SIDA MARTINIQUE)