

**FICHE DE CANDIDATURE**

Direction Générale

Mission démocratie sanitaire et usagers

Dossier suivi par Mme MENARD

**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

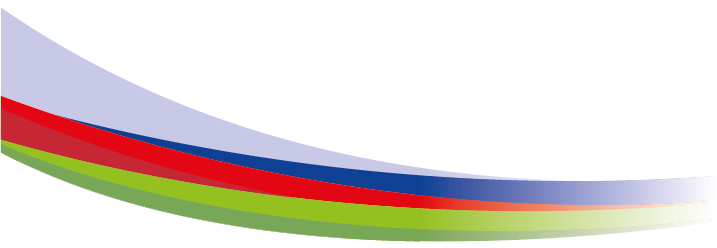
**Avez-vous suivi des formations à destination des Représentants des Usagers ?**

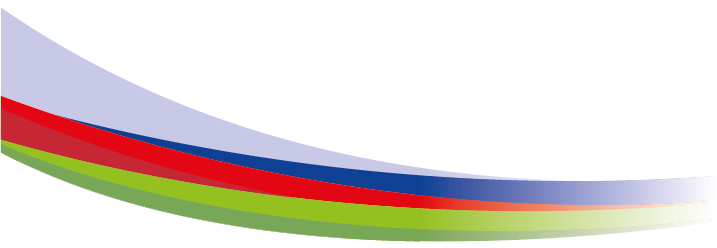
🞎 oui 🞎 non

Si oui en quelle année ?

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



17 Boulevard Gaston Doumergue - CS 56233

44262 NANTES cedex 2

Tél. 02 49 10 40 00

Mél. [ars-pdl-representation-usagers@ars.sante.fr](mailto:ars-pdl-representation-usagers@ars.sante.fr)

**www.ars.paysdelaloire.sante.fr**