

FORMULAIRE DE CANDIDATURE
REPRESENTANT 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

CANDIDAT

NOM :

PRÉNOM :

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 obligatoire de représentants des usagers ?

oui non

Si oui en quelle année et par quelle association agréée ?