|  |
| --- |
| **Renouvellement de la Conférence régionale de la santé et de l’Autonomie** |

**Dossier de candidature pour les représentants**

**des associations agréées**

**au titre de l’article L.1114-1 du code de santé publique**

**(collège 2a)**

Ce dossier est à retourner **au plus tard le 26 juillet 2021** soit :

**- Par courrier postal :**

Agence Régionale de Santé de Normandie

Direction de la stratégie

Espace Claude Monet - 2 place Jean Nouzille

14050 Caen

**- Par courriel :**

**ars-normandie-democratie-sanitaire@ars.sante.fr**

Sont à joindre au dossier :

* un justificatif d’agrément ;
* l’attestation sur l’honneur complétée et signée.

**Les coordonnées de votre association**

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

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

 Code postal : …………………………… Ville : …………………………………….

 Téléphone : …... /…... /…... /…... /…...  Mail : …………………………………….

 Agrément : **□** National **□** Régional Numéro de l’agrément : ……………….

**Quel est le champ d’action couvert par votre association ?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Votre association appartient-elle à un collectif régional ou à une fédération régionale ?**

 **□** Oui **□** Non

 **Si oui, précisez :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Est désigné(e)/proposé(e) pour siéger à la CRSA en tant que membre TITULAIRE :**

 🞏 Dr 🞏 M 🞏 Mme

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

 Date de naissance : …... /…... /…...

 Fonction : ………………………………………………………………………………………………………….

 Adresse personnel :

 Adresse professionnelle :

 Code postal : …………………………… Ville : …………………………………….

 Téléphone fixe : …... /…... /…... /…... /…...  Mail : …………………………………….

 Téléphone portable : …... /…... /…... /…... /…...

 🞏 ***Je m’engage à assister de manière régulière aux réunions de la CRSA***. (Cocher la case)

 Signature

 **Est désigné(e)/proposé(e) pour siéger à la CRSA en tant que PREMIER SUPPLEANT·E :**

 🞏 Dr 🞏 M 🞏 Mme

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

 Date de naissance : …... /…... /…...

 Fonction : ………………………………………………………………………………………………………….

 Adresse personnel :

 Adresse professionnelle :

 Code postal : …………………………… Ville : …………………………………….

 Téléphone fixe : …... /…... /…... /…... /…...  Mail : …………………………………….

 Téléphone portable : …... /…... /…... /…... /…...

 🞏 ***Je m’engage en l’absence du titulaire à assister aux réunions de la CRSA***. (Cocher la case)

Signature

**Est désigné(e)/proposé(e) pour siéger à la CRSA en tant que DEUXIEME SUPPLEANT·E :**

 🞏 Dr 🞏 M 🞏 Mme

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

 Date de naissance : …... /…... /…...

 Fonction : ………………………………………………………………………………………………………….

 Adresse personnel :

 Adresse professionnelle :

 Code postal : …………………………… Ville : …………………………………….

 Téléphone fixe : …... /…... /…... /…... /…...  Mail : …………………………………….

 Téléphone portable : …... /…... /…... /…... /…...

 🞏 ***Je m’engage en l’absence du titulaire et du premier suppléant à assister aux réunions de la***

 ***CRSA***. (Cocher la case)

 Signature

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Agence Régionale de Santé de Normandie**Siège régionalEspace Claude Monet2, place Jean NouzilleCS 5503514050 CAEN CedexTél : 02.31.70.96.96[www.ars.normandie.sante.fr](http://www.ars.basse-normandie.sante.fr/) | cid:image007.png@01D59590.9D122920cid:image009.png@01D59590.9D122920cid:image008.png@01D59590.9D122920 | Les services de l’ARS procèdent à un traitement de vos données personnelles, sur le fondement de l’article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l’égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD). Le traitement vise ainsi à procéder au renouvellement de la CRSA de Normandie. Les réponses aux demandes d’information de ce formulaire sont obligatoires. A défaut de réponse de votre part, votre candidature ne pourra pas être considérée comme recevable. Conformément au RGPD et à la loi n° 78 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement et de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au responsable de traitement : ars-normandie-democratie-sanitaire@ars.sante.fr ou au Délégué à la Protection des Données : ars-normandie-juridique@ars.sante.fr  |