



Commission des usagers (CDU) dans les établissements de santé

Dossier de candidature pour les représentants d'usagers dans les établissements de santé de Normandie proposés par les associations agréées au titre de l'article L.1114-1 du code de la santé publique.

ASSOCIATION

Consignes :

Merci de remplir lisiblement et avec attention les rubriques ci-dessous (les champs avec un astérisque sont obligatoires)

Nom de l'association : * (en toutes lettres)

Adresse mail : *

Cette adresse sera utilisée pour toutes correspondances que l'ARS adressera aux RU. Il ne peut s'agir d'une adresse personnelle.

Téléphone : *

Mobile :

AGREMENT au titre de l'article L 1114-1 du code de la santé publique :

Référence de l'association agréée :

Pour rappel, seules les associations agréées en santé peuvent représenter les usagers.

Merci de vérifier le numéro d'agrément sur le site <http://www.droits-usagers.social-sante.gouv.fr/l-agrement-des-associations-de-malades-et-d-usagers-du-systeme-de-sante.html>)

Entrez obligatoirement le numéro d'agrément national ou régional de votre association

Numéro d'agrément national :
De type N20/__/__/____

Numéro d'agrément régional :
De type R20/__/__/____

CANDIDAT :

Civilité : *

Monsieur Madame

Nom : *

Prénom : *

Adresse postale : *

Email : *

Téléphone : *

Date de naissance : *

Profession : * (merci de préciser votre profession actuelle ou ancienne en cas de retraite)

Rôle au sein de l'association :

Communication des informations :

(En cochant cette case, J'autorise la transmission de mes coordonnées personnelles à France Assos Santé)

Etablissements dans lesquels vous souhaitez candidater :

Etablissement n° 1

Type de siège souhaité (titulaire ou suppléant) : *

Département :

Commune :

Siégez-vous au conseil de surveillance

Oui Non

Etablissement n° 2 :

Type de siège souhaité (titulaire ou suppléant) * :

Département :

Commune :

Siégez-vous au conseil de surveillance ?

Oui Non

Etablissement n° 3 :

Type de siège souhaité (titulaire ou suppléant) * :

Département :

Commune :

Siégez-vous au conseil de surveillance ?

Oui Non

Etablissement N° 4 :

Type de siège souhaité (titulaire ou suppléant) * :

Département :

Commune :

Siégez-vous au conseil de surveillance ?

Oui Non

Sièges de représentant des usagers déjà occupés (actuellement ou par le passé) :

Précisez pour chaque siège occupé précédemment : Instance (CDU, CS, CRSA, CTS...), Lieu, Période

Pièce justificative de formation de base :

Si vous avez suivi la formation de base prévue par l'article 176 de la loi de modernisation du système de santé, merci de bien vouloir joindre l'attestation de formation qui vous a été délivrée.

Ce dossier de candidature doit être retourné, soit :

- par courrier postal à l'adresse suivante :

Agence Régionale de Santé de Normandie
Mission Démocratie en Santé
Espace Claude Monet - 2, Place Jean Nouzille
CS 55035
14050 CAEN CEDEX 4

- par courriel : ars-normandie-cdu@ars.sante.fr