**PROPOSITION DE CANDIDATURE**

**Fiche de consentement**

Représentant des usagers (RU) au sein des commissions d’usagers

dans les établissements de santé – mandat décembre 2022 à décembre 2025

***Une fiche par candidat et par établissement de santé***

**L’ASSOCIATION**

Nom de l’association :

Objet :

Téléphone :

Mail :

Nom et Prénom du(de la) représentant(e) légal(e) de l’association :

**L’association est agréée au titre de l’article L.1114-1 du code de la santé publique :**

Au niveau national : Au niveau régional

N° agrément : N° agrément :

Date de délivrance de l’agrément :

L’association est-elle membre de France Assos Santé La Réunion ? OUI NON

**LE CANDIDAT**

**Propose comme candidat :**

M. Mme

Nom :

Nom usuel :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

Profession (actuelle ou profession exercée précédemment) :

**Dans le cadre du renouvellement de son mandat de RU dans son établissement** : OUI NON

**Dans le cadre d’un nouveau mandat de RU** : OUI NON

**L’ETABLISSEMENT DE SANTE**

**Pour la CDU de l’établissement suivant :**

Nom de l’établissement :

**En qualité de :**

TITULAIRESUPPLEANT

**Fonction du candidat dans l’association :**

**Lien entre les actions de l’association et le champ d’activité de l’établissement :**

**Distance géographique entre le domicile du candidat et l’établissement de santé :**

**Sièges de représentants des usagers déjà exercés (actuellement ou par le passé) :**

CDU : commission des usagers – CS : Conseil de Surveillance – CRSA : Conférence régionale de santé et de l’autonomie, …

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Instances (CDU, CS, CRSA, …) | Lieu | Période |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Le candidat a-t-il bénéficié de la formation obligatoire des représentant des usagers au titre de l’article L. 1114-1 du code de la santé publique et de l’arrêté du 17 mars 2016 ?**

OUI (joindre copie des attestations de formation)

NON (la formation est obligatoire dans les six mois suivant la prise de mandat, l’attestation devra impérativement être transmise à l’ARS dans ces délais)

Le candidat déclare consentir expressément, conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) du 25 mai 2018 et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, à ce que les données personnelles le concernant (nom, prénom, adresses, adresses mails professionnelles et personnelles, numéros de téléphone professionnels ou personnels) soient conservées dans un fichier pour la nécessité de la gestion et du suivi de sa candidature et transmises aux établissements de santé concernés ainsi qu’à l’organisme de formation référent (France Assos Santé La Réunion).

|  |  |
| --- | --- |
| Signature du (de la) candidat(e)  Date | Signature du (de la) représentant(e) légal(e) de l’association agréée ou de son (sa) délégué(e) (en ce cas précéder la mention : par délégation) et cachet de l’association agréée  Date |