Etablissement(s)dans le(s)quel(s) vous souhaitez candidater *(veuillez-vous référer à la liste des mandats vacants accessible sur le site)* [*https://www.corse.ars.sante.fr/*](https://www.corse.ars.sante.fr/)*.*

Lieux :

**ASSOCIATION:**

*Merci de remplir lisiblement et avec attention les rubriques ci-dessous; ces coordonnées étant utilisées pour figurer dans l’annuaire des représentants des usagers*

NOM de l’association (en toutes lettres) \*:

Adresse postale\*:

Adresse mail (1) \*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone:

Nom et prénom du Président de l’association ayant l’agrément ou de son représentant\*:

Date et signature du Président ou de son représentant\*:

Cachet de l’association\*

\* réponse obligatoire (1)

Cette adresse sera utilisée pour toutes correspondances que l’ARS adressera aux RU.

Il ne peut s’agir d’une adresse personnelle. (2)

Pour rappel, seules les associations agréées en santé peuvent représenter les usagers. (3) Si l’association n’est pas elle-même agréée mais est adhérente ou affiliée à une association agréée, merci de fournir un justificatif signé pour que la candidature soit recevable.

**CANDIDAT:**

Madame / Monsieur

NOM\*: Prénom\*:

Adresse postale\*:

Adresse mail\*: Numéro de téléphone:

Date de naissance:

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

Rôle au sein de l’association:

Préférez-vous un siège de :

□ titulaire

□ suppléant

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Instance*  *(CDU, CRSA, CS…)* | *Lieu* | *Période* |
|  |  |  |

En application du l’article 176 de la loi de modernisation du système de santé, merci de joindre à votre candidature, ou le cas échéant dans les 6 mois suivant votre désignation, une attestation de suivide formation de base répondant au cahier des chargesdu 17 mars 2016

Date et signature du candidat :

**CANDIDAT:**

Madame / Monsieur

NOM\*: Prénom\*:

Adresse postale\*:

Adresse mail\*: Numéro de téléphone:

Date de naissance:

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

Rôle au sein de l’association:

Préférez-vous un siège de :

□ titulaire

□ suppléant

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Instance*  *(CDU, CRSA, CS…)* | *Lieu* | *Période* |
|  |  |  |

En application du l’article 176 de la loi de modernisation du système de santé, merci de joindre à votre candidature, ou le cas échéant dans les 6 mois suivant votre désignation, une attestation de suivide formation de base répondant au cahier des chargesdu 17 mars 2016

Date et signature du candidat :