

FICHE DE CANDIDATURE

**Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des  
Affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI)  
Collège : représentants des usagers du système de santé**

Nom l'association agréée du système de santé:

.....

Adresse :

.....

Code Postal :

.....

Ville:.....

Adresse mail

:.....

N° de téléphone :

.....

**Personne responsable de l'association :**

Nom

.....

Prénom

.....

Adresse mail

.....

N° de téléphone

.....



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



Membre désigné ou proposé :

Madame ☐ Monsieur ☐

NOM : .....

Prénom: .....

Adresse mail : .....

N° Téléphone

: .....

Profession / fonction :

.....

.....

.....

.....

.....

Type de siège (sélectionner la case correspondante) :

TITULAIRE : ☐ SUPPLEANT N°1 : ☐ SUPPLEANT N° 2 ☐

La CCI se réunit deux fois par an, une fois à Ajaccio, l'autre fois à Bastia. Souhaitez -  
vous participer aux réunions :

☐ Ajaccio ET Bastia

☐ Ajaccio uniquement

☐ Bastia uniquement

Formulaire à retourner par mail à [ars-corse-democratie-sanitiare@ars.sante.fr](mailto:ars-corse-democratie-sanitiare@ars.sante.fr) en mettant en  
copie France Asso santé Corse : [cfelix@france-assos-sante.org](mailto:cfelix@france-assos-sante.org)