

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ

Dossier de candidature

Ce dossier est à remplir et à renvoyer impérativement avant le **15 juin 2022**,

Date de clôture des candidatures,

à l'attention de Madame la Directrice Générale de l'ARS Corse :

→ A l'adresse électronique : ars-corse-cts@ars.sante.fr

→ Ou à l'adresse postale : **Agence Régionale de Santé Corse
DSP - Démocratie en santé
Quartier St Joseph – CS 13 003
20700 Ajaccio Cedex 9**

Vous candidatez en tant que (un seul choix possible)

- Représentants d'usagers des associations agréées au titre de l'article L. 1114-1, et de leur suppléant respectif.
- Représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité, et de leur suppléant respectif
- Représentants des différents modes d'exercice coordonné et des organisations de coopération territoriale prévus au f) de l'article 1er de l'arrêté du 3 août 2016, et de leur suppléant respectif.

Vos coordonnées

NOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TÉLÉPHONE : _____ MAIL : _____

Pour les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 :

AGRÉMENT : National Régional NUM DE L'AGRÉMENT : _____

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

Oui

Non

Si oui, précisez

Votre champ d'action

► Pour les associations agréées :

► **Pour les représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité**

- Promotion – Prévention de la santé,
- Environnement,
- Lutte contre la précarité.

► **Pour les représentants des différents modes d'exercice coordonné et des organisations de coopération territoriale**

- Centres de santé, maisons de santé et réseaux de santé ;
- Communautés professionnelles territoriales de santé et des équipes de soins primaires ;
- Communautés psychiatriques de territoire.

Votre Implication sur le territoire en matière de santé

Votre association est-elle impliquée dans un projet local de santé, un atelier santé ville, ou toute autre démarche de santé sur le territoire ?

- Oui** **Non**

Si oui, précisez

Votre proposition de désignation (à compléter pour chaque candidature proposée)

- Est proposé en tant que membre **TITULAIRE** pour siéger au CTS :

Une personne physique ne peut siéger que dans un seul CTS

CISMONTE (*Nord et Centre-Est*) ou PUMONTE (*Ouest et Sud*)

Dr

Mme

M.

NOM : _____ PRÉNOM : _____

FONCTION : _____

DATE DE NAISSANCE (pour identifier le doyen d'âge) : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____

- Est proposé en tant que membre **SUPPLÉANT** pour siéger au CTS :

Une personne physique ne peut siéger que dans un seul CTS

CISMONTE (*Nord et Centre-Est*) ou PUMONTE (*Ouest et Sud*)

Dr

Mme

M.

NOM : _____ PRÉNOM : _____

FONCTION : _____

DATE DE NAISSANCE (pour identifier le doyen d'âge) : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____