

Démarche : Appel à candidatures « au fil de l'eau » – Représentants des usagers en CDU | Mandat 2025-2028 - DD 23

Organisme : Agence régionale de santé (ARS) - Délégation départementale - Creuse

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

Formulaire

L'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine lance un nouvel AAC régional pour la désignation des RU en CDU pour des mandats de 3 ans (R.1112-83 et 85 du Code de la Santé Publique).

Le RU est le porteur de la parole des usagers du système de santé, garant du respect de leurs droits et de leurs intérêts. Il siège dans les instances et commissions au sein desquelles il est mandaté et est membre d'une association d'usagers du système de santé agréée.

La mission de représentation des usagers a été définie, en particulier par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, mais aussi par l'ordonnance du 24 avril 1996 et par la loi du 9 août 2004. En Nouvelle-Aquitaine, 252 CDU sont installées dans les établissements de santé (publics ou privés). Ces instances travaillent à l'amélioration de la prise en charge des usagers au sein des établissements.

Association agréée

Nom de l'association

De quel agrément disposez vous ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ National

☐ Régional

Merci d'indiquer le numéro de l'agrément

Quelle est la date de fin d'agrément ?

☐ Merci de joindre l'arrêté d'agrément de l'association

Décrivez en quelques mots l'objet de l'association

Adresse postale de l'association

Numéro de téléphone de l'association

Adresse électronique de l'association

Civilité du président(e) de l'association

Veuillez indiquer le nom et prénom

☐ Mme

☐ M.

Indiquez le nom et prénom de la présidence

Adresse électronique de la présidence

Numéro de téléphone de la présidence

Candidature

Nom et prénom

☐ Mme

☐ M.

Indiquez le nom et prénom

Numéro de téléphone

Adresse électronique

Le candidat a-t-il déjà exercé un mandat de représentant des usagers ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si oui, a-t-il déjà suivi la formation généraliste obligatoire "RU, en avant"

en cas de réponse positive joindre le justificatif de formation

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce justificative de formation

Si non, le candidat s'engage à effectuer la formation dans les 12 mois ou au plus tard de sa nomination

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Motivation du candidat et parcours associatif

Etablissement

Liste des établissements

Choix 1

Choix lié au premier établissement

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Titulaire

☐ Suppléant

Choix 2

Choix lié au deuxième établissement

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Titulaire

☐ Suppléant

Choix 3

Choix lié au troisième établissement

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Titulaire

☐

Le formulaire est-il pour ?

Au delà de 3 choix, merci de compléter un nouveau formulaire

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Un établissement

☐ Deux établissements

☐ Trois établissements

En cochant cette case, la présidence de l'association ou son représentant certifie l'exactitude des éléments déclarés dans ce formulaire.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Commentaire :

En cochant cette case, la personne qui a complété le formulaire certifie avoir obtenu l'accord du candidat pour présenter sa candidature et que ce dernier s'engage en cas de désignation à participer avec assiduité aux réunions organisées par la commission de l'établissement dans un esprit collaboratif avec les autres représentants des usagers, quel que soit l'association de référence.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

En cochant cette case, la personne qui a complété le formulaire certifie avoir informé le candidat de ses droits, et, obtenu son accord sur la conservation par l'ARS Nouvelle Aquitaine de ses données personnelles (nom, prénom, adresses, adresses mails professionnelles et personnelles, numéros de téléphone professionnels ou personnels) la gestion et le suivi de sa candidature ainsi que sur la transmission de ces données à : France Assos Santé* ; aux associations habilitées à délivrer la formation de base obligatoire des nouveaux représentants des usagers du système de santé prévu à l'article L1114-1 du code de la santé publique ; aux établissements de santé concernés, et ce, dans le cadre de l'application des dispositions des articles R1112-79 à R1112-94 du code de la santé publique relatifs à la commission des usagers, conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) du 25 mai 2018 et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

*en tant qu'organisme de formation, habilité par le ministère de la Santé à gérer la base de données nationale des RU affiliés aux associations adhérentes ou non de son réseau.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Date du dépôt de la candidature

Merci d'indiquer votre Nom et Prénom

Je valide le dépôt de la demande

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non