

Démarche	: Appel à candidatures « au fil de l'eau » – Représentants des usagers en CDU   Mandat 2025-2028 - DD 87
Organisme	: Agence régionale de santé (ARS) - Délégation départementale - Haute-Vienne

## 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 ?

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

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

Non

**Si oui, a t-i-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

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

Non