

Démarche : ARS Hauts-de-France - appel à candidatures permanent - RU - conseil de surveillance des EPS

Organisme : Service gestion des ressources humaines hospitalières, Hauts-de-France ARS

## Identité du demandeur

Email

Etablissement  
SIRET

Dénomination

Forme juridique

## Formulaire

La présente démarche vise à recueillir les candidatures aux sièges de représentants des usagers des conseils de surveillance des établissements publics de santé de la région Hauts-de-France devenus vacants ou restants à pourvoir suite à l'appel à candidatures lancé dans le cadre du renouvellement du collège des personnalités qualifiées.

### Identification de l'association agréée pour représenter les usagers du système de santé

#### Association agréée pour représenter les usagers dans les instances du système de santé

Indiquer le nom de l'association agréée au titre de laquelle la candidature de représentants des usagers est présentée

#### Président ou présidente de l'association agréée

Préciser l'identité du président ou de la présidente de l'association agréée

#### Adresse du président ou de la présidente de l'association agréée

Préciser l'adresse du siège de l'association agréée

#### Adresse électronique

Préciser l'adresse électronique de l'association agréée

**Numéro de téléphone**

Préciser les coordonnées téléphoniques de l'association agréée

**Numéro de téléphone**

Préciser les coordonnées téléphoniques de la personne à contacter concernant ce dossier de candidature

**Description des champs d'activité couverts par l'association**

**Motivation de l'association**

Préciser la motivation de la demande

**Si l'association à laquelle appartient le candidat n'est pas agréée mais est affiliée à l'association agréée, précisez le nom de l'association du candidat (en toutes lettres) et ses coordonnées**

L'association d'appartenance du candidat n'est pas agréée pour représenter les usagers du système de santé mais elle est affiliée à l'association agréée déposant le dossier de candidature

**Identification de l'établissement pour lequel est présentée la candidature de représentants des usagers au conseil de surveillance**

**Département d'implantation de l'établissement**

Sélectionner le département d'implantation de l'établissement public de santé pour lequel la candidature est présentée (la liste des établissements disposant de sièges de représentants des usagers vacants est en ligne sur le site internet de l'ARS).

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Aisne

☐ Nord

☐ Oise

☐ Pas-de-Calais

☐ Somme

**Commune d'implantation de l'établissement**

Préciser la commune d'implantation de l'établissement public de santé pour lequel la candidature est présentée (la liste des établissements disposant de sièges de représentants des usagers vacants est en ligne sur le site internet de l'ARS).

**Nom de l'établissement**

Préciser le nom de l'établissement public de santé pour lequel la candidature est présentée (la liste des établissements disposant de sièges de représentants des usagers vacants est en ligne sur le site internet de l'ARS).

**Identification du candidat / de la candidate**

**Civilité**

☐ Mme

☐ M.

**Nom**

Préciser son nom

**Prénom**

Préciser son prénom

**Adresse**

Préciser son adresse

**Adresse électronique**

Merci d'indiquer son adresse électronique

**Numéro de téléphone**

Merci d'indiquer ses coordonnées téléphoniques

**Profession**

Merci d'indiquer sa profession ou ancienne profession s'il/elle est retraité (e)

**Pièce d'identité**

**Motivation du candidat / de la candidate**

**Motivation**

Description des motivations du candidat / de la candidate au siège de représentant des usagers du conseil de surveillance

**Le candidat / la candidate siège-t-il/elle actuellement comme représentant(e) des usagers au sein du conseil de surveillance de l'établissement ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Informations complémentaires sur la formation à destination des représentants des usagers suivie par le/la candidat(e)

### Formations à destination des représentants des usagers

Indiquez si le candidat / la candidate a suivi des formations à destination des représentants des usagers au cours des 5 dernières années (2020 - 2024)

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Bloc répétable

#### Formation à destination des représentants des usagers suivie au cours des 5 dernières années (2020 - 2024)

Précisez la formation à destination des représentants des usagers suivies en indiquant :

- l'intitulé de la formation,
- l'organisateur
- la durée
- l'année

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

☐ attestation de formation

#### Formation à destination des représentants des usagers suivie au cours des 5 dernières années (2020 - 2024)

Précisez la formation à destination des représentants des usagers suivies en indiquant :

- l'intitulé de la formation,
- l'organisateur
- la durée
- l'année

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

☐ attestation de formation

#### Formation à destination des représentants des usagers suivie au cours des 5 dernières années (2020 - 2024)

Précisez la formation à destination des représentants des usagers suivies en indiquant :

- l'intitulé de la formation,
- l'organisateur
- la durée
- l'année

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

☐ attestation de formation

## Informations complémentaires sur la commission des usagers

**Commission des usagers de l'établissement**

Précisez si le candidat / la candidate siège à la commission des usagers de l'établissement pour lequel il candidate

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Commission des usagers**

Précisez le siège occupé au sein de la commission des usagers de l'établissement

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Président(e)

☐ Vice-Président(e)

☐ Membre

## Attestations

**L'association agréée atteste de l'authenticité des informations renseignées dans le présent formulaire**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Attestation de non incompatibilités et non incapacités avec les fonctions de membre du conseil de surveillance de l'établissement**

L'article L6143-6 du code de la santé publique liste les incompatibilités et incapacités avec les fonctions de membre du conseil de surveillance d'un établissement public de santé

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Pièce justificative

Merci de joindre l'attestation de non incompatibilité et non incapacité du candidat / de la candidate avec les fonctions de membre du conseil de surveillance, dûment renseignée, datée et signée par le candidat