

FICHE DE PROPOSITION DE CANDIDATURE OU DE DESIGNATION

Représentants des usagers

Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP)

Sélectionnez le département de candidature : 39 70 71 89

Nom de l'association : _____

Adresse : _____

Code Postale : _____ Villes : _____

N° de téléphone : _____

Adresse mail : _____

Personne en charge du dossier au sein de l'association:

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse mail : _____

N° de téléphone : _____

Agrément au titre de l'article L 1114-1 du code de la santé publique* :

(Merci de renseigner le Numéro d'agrément*)

National : **N20** _ _ / _ _ / _ _ _ _ ou Régional : **R20** _ _ / _ _ / _ _

*Merci de nous transmettre le justificatif d'agrément pour que la candidature soit recevable.

Si l'association n'est pas elle-même agréée mais est adhérente ou affiliée à une association agréée :

Merci de nous fournir un justificatif pour que la candidature soit recevable.

NOM et Prénom du Président ou de son représentant* : _____

Date, signature et le cachet de l'association* :

FICHE DE PROPOSITION DE CANDIDATURE OU DE DESIGNATION
Représentants des usagers
Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP)

Candidat désigné ou proposé :

Madame Monsieur

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse mail : _____

Adresse mail à mettre en copie : _____

N° Téléphone : _____

Profession ou Retraite (Précision sur l'activité pratiquée): _____

Lieu et structure d'activité : _____

Formation de Base RU* : Oui Non (Si oui, merci de nous fournir l'attestation de formation)

Siège(s) de RU déjà occupé (actuellement ou par le passé) :

Instance (CDU, CS, CRSA...)	Lieu (préciser l'établissement)	Période

Merci de transmettre les formulaires de candidature UNIQUEMENT par mail, à l'adresse suivante : ars-bfc-democratie-sanitaire@ars.sante.fr avant le **04/06/2023**