

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

***Personne qualifiée en ESMS***

*Formulaire demande de saisine à adresser à la délégation territoriale ARS du département concerné*

1. **Je soussigné(e) :**

 🞏 Madame ☐ Monsieur  : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone : adresse e-mail :

☐ **En tant qu’usager**

☐ **En tant que représentant légal de :**

 🞏 Madame ☐ Monsieur  : Prénom :

 Adresse :

1. **Fais la saisine d’une personne qualifiée. Après consultation de l’arrêté de désignation, mon choix s’est porté sur la personne qualifiée désignée ci-dessous :**

Nom / Prénom :

Intervenant dans le département : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ où se situe le service ou l’établissement concerné.

1. **Pour faire valoir mes droits dans le différend ou litige relatif aux prestations d'accompagnement concernant l’établissement ou le service social ou médico-social suivant :**

Raison sociale de la structure :

Adresse :

|  |
| --- |
| ***Motifs de la saisine*** *(peut être accompagné d’un courrier plus détaillé et d’éventuels justificatifs).* |

Fait à : Le :

Signature de l’usager ou de son représentant légal :