

FICHE DE CANDIDATURE

**Représentant des usagers des associations agréées au sein des
Conseils Territoriaux de Santé (CTS)**

CTS (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire ou Vendée) :

Indiquez le département :

IDENTITE

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

CONTACTS

Adresse postale :

Téléphone (fixe) :

Téléphone (portable) :

Courriel(s) :

**PRINCIPALES FORMATIONS SUIVIES EN LIEN AVEC LA FONCTION DE
REPRESENTANT DES USAGERS (titre de la formation, organisateur de la
formation et année approximative) :**

PRINCIPAUX MANDATS DE REPRESENTANTS DES USAGERS actuels et passés :

MOTIVATION

Pourquoi souhaitez-vous siéger au sein du CTS ?

NOM DE L'ASSOCIATION AGREEE pour représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique dont vous êtes adhérent :

La présente fiche de candidature dûment complétée doit être transmise par courriel à l'ARS par le(la) président(e) de votre association ou son représentant à l'adresse suivante :

ars-pdl-instances@ars.sante.fr

au plus tard le mardi 15 avril 2025