

**FICHE DE CANDIDATURE**

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

**CONTACTS**

Adresse postale :

Téléphone (fixe) :

Téléphone (portable) :

Courriel(s) :

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

Indiquez le département :

**IDENTITE**

* Prénom :
* Nom :
* Date de naissance :

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

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

**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 :**

**MOTIVATION**

**Pourquoi souhaitez-vous siéger au sein du CTS ?**

**PRINCIPAUX MANDATS DE REPRESENTANTS DES USAGERS actuels et passés :**