**FICHE DE CANDIDATURE**

**Représenter les usagers**

**Commission de Conciliation et d’Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI)**

**Bourgogne et Franche-Comté**

**1. LA REGION** (sélectionner la région)**:** Bourgogne [ ]  Franche-Comté [ ]

**2. ASSOCIATION :** (formulaire à renseigner par l'association)

Nom de l’association :

Adresse mail :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :  Villes :

**Personne en charge du dossier :**

NOM :

Prénom :

Adresse mail :

N° de téléphone :

**Date, signature et cachet de l’association :**

**3. AGREMENT au titre de l’article L 1114-1 du code de la santé publique**

Pour rappel, seules les associations agréées en santé peuvent représenter les usagers.

**Merci de fournir un justificatif d'agrément fournir lors de l’attribution de votre d'agrément.**

Numéro d’agrément (sélectionner votre type d’agrément) :

[ ] National : N20\_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ OU [ ] Régional : R20\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_

Nom de l’association ayant l’agrément :

**Dans le cas où l’association n’est pas elle-même agréée mais est adhérente ou affiliée à une association agréée, merci de fournir un justificatif qui vous autorise à bénéficier du numéro d'agrément de l'association qui en bénéficie.**

**4. CANDIDAT :**

Madame [ ]  Monsieur [ ]

NOM :

Prénom :

Adresse mail :

N° Téléphone :

Rôle au sein de l’association :

**Type de siège** (sélectionner la case correspondante) **:**

**TITULAIRE :** [ ]  **SUPPLEANT N°1 :** [ ]  **SUPPLEANT N° 2 :** [ ]

**Sièges de représentant des usagers déjà occupés (actuellement ou par le passé) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Instance*****(CDU, CS, CRSA…)*** | **Lieu** | **Période** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**En application du l’article 176 de la loi de modernisation du système de santé, merci de joindre à votre candidature, ou le cas échéant dans les 6 mois suivant votre désignation, une attestation de suivi de formation de base répondant au cahier des charges du 17 mars 2016.**

**Date et signature du candidat :**