**APPEL A CANDIDATURES POUR LE RENOUVELLEMENT DES CONSEILS DE SURVEILLANCE EN BRETAGNE**

**FORMULAIRE CANDIDAT** (mettre une croix rouge (X) devant vos réponses pour les questions à choix)

**Informations relatives à l'association agréée qui présente une candidature**

1. **Nom de l'Association agréée (Merci d'expliquer le sigle)**
2. **Numéro d’agrément de l'association**
3. **Adresse mail de l'association**
4. **Coordonnées postales de l'association**
5. **Numéro de téléphone de l'association**
6. **Nom du président de l'association**
7. **Prénom du président de l'association**
8. **Mail du président de l'association**
9. **Numéro de téléphone du président de l'association**
10. **Quel est le département de l'établissement dans lequel l'association propose le candidat ?**
11. **Merci de préciser dans quel établissement d'Ille et Vilaine :**

CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER

CENTRE HOSPITALIER DE FOUGERES

CENTRE HOSPITALIER DE JANZE

CENTRE HOSPITALIER LA GUERCHE DE BRETAGNE

CENTRE HOSPITALIER LES MARCHES DE BRETAGNE

CH INTERCOMMUNAL REDON CARENTOIR

CH GUILLAUME REGNIER RENNES

CENTRE HOSPITALIER DE BROCELIANDE

GROUPE HOSPITALIER RANCE EMERAUDE

CHRU RENNES

CENTRE HOSPITALIER VITRE

1. **Merci de préciser dans quel établissement du Morbihan :**

EPSM SAINT AVE

EPSM CHARCOT CAUDAN

CENTRE HOSPITALIER DE JOSSELIN

HOPITAL DE BELLE ILE EN MER

GROUPE HOSPITALIER BRETAGNE SUD

CH DE BASSE VILAINE

CENTRE HOSPITALIER DE PLOERMEL

CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES

CH DU CENTRE BRETAGNE

CH GUEMENE/SCORFF

1. **Merci de préciser dans quel établissement du Finistère :**

Sélectionnez au plus 5 options.

EPSM FINISTERE SUD SITE QUIMPER

CHRU BREST

CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX

CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU

CENTRE HOSPITALIER LESNEVEN

CENTRE HOSPITALIER LE JEUNE ST RENAN

CENTRE HOSPITALIER CROZON

CENTRE HOSPITALIER LANMEUR

CH CORNOUAILLE QUIMPER

CENTRE HOSPITALIER DOUARNENEZ

1. **Merci de préciser dans quel établissement des Cotes d’Armor :**

Sélectionnez au plus 5 options.

CENTRE HOSPITALIER PAIMPOL- SAINT-BRIEUC - TREGUIER

CENTRE HOSPITALIER GUINGAMP

CENTRE HOSPITALIER LANNION

CH DU PENTHIEVRE ET DU POUDOUVRE

CENTRE HOSPITALIER DE DINAN

1. **Quelles sont les motivations de l'association à présenter le candidat ?**
2. **Quel accompagnement l'association propose au candidat ?**
3. **Est-ce que le candidat souhaite également être représentant des usagers en CDU?**

**OUI**

**NON**

**JE NE SAIS PAS**

**Informations relatives au candidat proposé par l’association**

1. **Nom du candidat \***
2. **Prénom du candidat \***
3. **Le candidat est : \***

**Un homme**

**Une femme**

1. **Age du candidat \***
2. **Code postal du lieu d'habitation du candidat (permet d'évaluer la distance entre le lieu de résidence et l'établissement) \***
3. **Numéro de téléphone du candidat**
4. **Adresse mail du candidat :**
5. **Son parcours professionnel (présenter le candidat en quelques mots)**
6. **Son parcours professionnel : merci de préciser le lieu d'exercice s'il a été professionnel de sante \***
7. **Sa situation actuelle (Merci de préciser le lieu d'exercice s'il est professionnel de sante) \***
8. **Est-ce que le candidat est déjà représentant des usagers ? \***

Oui

Non

1. **Dans quelle instance ?\***

Commission des Usagers (CDU)

Conseil de Surveillance d'un établissement de sante

Conférence Régionale de la Sante et de l'Autonomie (CRSA)

Conseil Territorial de sante (CTS)

Commission de Conciliation et d'indemnisation

Commission d'activité libérale

Autre

1. **Si oui dans quel département ? \***

|  |  |
| --- | --- |
|  | 35 |
|  | 56 |
|  | 29 |
|  | 22 |

## **Merci de préciser dans quel établissement d'llle-et-Vilaine :**

Sélectionnez au plus 5 options.

CENTRE EUGENE MARQUIS RENNES

CENTRE DE READAPTATION DU PATIS FRAUX

CENTRE LONG SEJOUR BAGUER MORVAN HSTV

CENTRE READAPTATION ESCALE THEBAUDAIS

CH BROCELIANDE SITE ST MEEN LE GRAND

CLINIQUE BEAULIEU RENNES

CLINIQUE SAINT YVES

CENTRE DE READAPTATION ESCALE RENNES

CENTRE HOSPITALIER CANCALE

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT MALO

HAD 35

HOPITAL ARTHUR GARDINER DINAN

HOPITAL BAIN DE BRETAGNE HSTV

POLE GERIATRIQUE RENNAIS CHANTEPIE

POLE SAINT HEUER

POLYCLINIQUE SAINT LAURENT HSTV

CENTRE HOSPITALIER DE FOUGERES

CENTRE HOSPITALIER DE JANZE

CENTRE HOSPITALIER LA GUERCHE DE BRETAGNE

CENTRE HOSPITALIER LES MARCHES DE BRETAGNE

CH INTERCOMMUNAL REDON CARENTOIR

CH GUILLAUME REGNIER RENNES

CENTRE HOSPITALIER DE BROCELIANDE

CHRU RENNES

CENTRE HOSPITALIER VITRE

ASSOCIATION CLINIQUE SAINT JOSEPH

CLINIQUE MUTUALISTE DE LA SAGESSE

CLINIQUE DU MOULIN BRUZ

HOPITAL PRIVE CESSON SEVIGNE

POLYCLINIQUE PHILAE PONT PEAN

CLINIQUE DE L'ESPERANCE RENNES

FONDATION AUB SANTE

CENTRE HOSPITALIER PRIVE ST GREGOIRE

CLINIQUE DE LA COTE D'EMERAUDE

INSTITUT DE CANCEROLOGIE ET RADIOTHERAPIE BRETILLIEN (ICRB)

## **Merci de préciser dans quel établissement du Morbihan :**

Sélectionnez au plus 5 options.

CENTRE DE POST CURE HOVIA SAINT AVE

CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION COLPO

CLINIQUE MUTUALISTE PORTE DE L'ORIENT

CLINIQUE SAINT VINCENT LARMOR PLAGE

CTRE DE REED.FONCTIONNELLE DE KERPAPE

ETABLISSEMENT DE SANTE LE DIVIT

EPSM SAINT AVE

ETABLISSEMENT SPECIALISE KER JOIE BREHAN

CLINIQUE DU TER PLOEMEUR

MAISON SAINT JOSEPH QUIMPERLE

EPSM CHARCOT CAUDAN

HOPITAL A DOMICILE DE L'AVEN A ETEL

CENTRE HOSPITALIER DE JOSSELIN

HOPITAL DE BELLE ILE EN MER

GROUPE HOSPITALIER BRETAGNE SUD

ASSOC CLINIQUE DES AUGUSTINE$

CH DE BASSE VILAINE

CENTRE HOSPITALIER DE PLOERMEL

CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES

HOPITAL PRIVE OCEANE VANNES

CPRB DE BILLIERS

CLINIQUE DU GOLFE SENE

CH DU CENTRE BRETAGNE

CH GUEMENE/SCORFF

POLYCLINIQUE DE KERIO NOYAL PONTIVY

1. **Merci de préciser dans quel établissement du Finistère :**

Sélectionnez au plus 5 options.

CENTRE DE SOINS DE SUITE DE KERAMPIR BOHARS

CLIN MUTUALISTE BRETAGNE OCCIDENTALE QUIMPER

CLINIQUE DE KERFRIDEN CHATEAULIN

CLINIQUE LES GLENAN BENODET

CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNEL DE TREBOUL DOUARNENEZ

CTRE NEPHROLOGIE B BRAUN AVITUM BREST

EPSM FINISTERE SUD SITE QUIMPER

ETABLISSEMENT DE SOINS HOTEL DIEU PONT L'ABBE

HOPITAL INSTRUCTION ARMEES CLERMONT TONNERRE

POLE READAPT DE CORNOUAILLE CONCARNEAU

CHRU BREST

CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX

CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU

CENTRE HOSPITALIER LESNEVEN

CENTRE HOSPITALIER LE JEUNE ST RENAN

CENTRE HOSPITALIER CROZON

CENTRE HOSPITALIER LANMEUR

FONDATION ILDYS BREST ROSCOFF

POLYCLINIQUE KERAUDREN GRAND LARGE BREST

CLINIQUE PASTEUR LANROZE BREST

CLINIQUE DE LE BAIE MORLAIX

CLINIQUE DE L'IROISE BOHARS

CLINIQUE PEN AN DALAR GUIPAVAS

INSTITUT DE READAPTATION DU CAP HORN LANDERNEAU

CH CORNOUAILLE QUIMPER

CENTRE HOSPITALIER DOUARNENEZ

CENTRE DE POST CURE HOVIA SAINT AVE

CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION COLPO

CLINIQUE MUTUALISTE PORTE DE L'ORIENT

CLINIQUE SAINT VINCENT LARMOR PLAGE

1. **Merci de préciser dans quel établissement des Cotes d’Armor :**

Sélectionnez au plus 5 options.

CENTRE HELIO MARIN PLERIN

CENTRE HOSPITALIER BON SAUVEUR BEGARD

CENTRE HOSPITALIER DE PLOUGUERNEVEL

CENTRE HOSPITALIER PAIMPOL

CENTRE HOSPITALIER ST JEAN DE DIEU

CENTRE HOSPITALIER TREGUIER

CENTRE HOSPITALIER YVES LE FOLL SAINT BRIEUC

CENTRE SOINS DE SUITE LES CHATELETS PLOUFRAGAN

CLINIQUE DU VAL JOSSELIN YFFINIAC

CENTRE HOSPITALIER GUINGAMP

CENTRE HOSPITALIER LANNION

HOPITAL PRIVE DES COTES D'ARMOR PLERIN

CLINIQUE LA CERISAIE TREGUEUX

POLYCLINIQUE DU TREGOR LANNION

CH DU PENTHIEVRE ET DU POUDOUVRE

CENTRE HOSPITALIER DE DINAN

MAISON VELLEDA PLANCOET

1. **Pour les nouveaux candidats, quelles sont ses motivations à intégrer un Conseil de surveillance ?\***
2. **Pour les candidats qui renouvellent leur engagement, quels ont été les points forts et les points faibles de leur précèdent mandat ? \***
3. **Si la candidature est retenue, le candidat s'engage a faire des formations (prises en charge dans le cadre de son mandat)**

**RAPPEL : La formation de base est obligatoire pour tous les représentant des usagers (Exemple : RU en avant) \***

Oui

Non

1. **Autorise-t-il l'ARS à communiquer ses coordonnées (nom, prénom, association, mail, téléphone) a France Assos sante Bretagne organisme habilite par le Ministère de la Sante pour dispenser la formation obligatoire notamment. \***

Oui

Non

1. **A-t-il déjà suivi la formation de base obligatoire ? (II existe 2 organismes habilites a la dispenser : le FNATH, France assos sante) \***

Oui

Non

**VALIDATION DE LA CANDIDATURE PAR LE PRESIDENT DE L'ASSOCIATION**

**(ou la personne mandatée)**

**Pour être prise en compte, la candidature doit être proposée et validée par le Président de l'association via le formulaire en ligne.**

Microsoft Forms