**Proposition de candidature**



**Commission de Conciliation et d’indemnisation (CCI) de la région Bretagne**

**Merci de compléter tous les champs**

**Candidature à retourner avant le 18 mars 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informations relatives à la personne proposée** | |
| **Collège pour lequel vous candidatez :** | |
| **Nom et prénom du candidat :** | |
| **Date de naissance :** | |
| **Adresse personnelle :** | |
| **Numéros de téléphone :**  ***(Portable et/ou fixe)*** | |
| **Adresse mail :**  ***(sur laquelle vous recevez les convocations et documents relatifs aux commissions)*** | |
|  | |
| **Préférence : siège de Titulaire ou Suppléant ?** | |
| **Votre parcours professionnel :**  **(Présentez-vous en quelques mots et merci de préciser le lieu d’exercice si vous avez été professionnel de santé)**  **Votre situation actuelle :** | |
| **Pour les nouveaux candidats, quelles sont vos motivations à intégrer la CCI ?** | |
| **Pour le collège 1 :**  **Informations relatives à l'association agréée**  **(selon les termes prévus du L 1114-1 du CSP)** | | |
| **Nom de l'association agréée :** |  | |
| **Numéro d’agrément régional ou national :** |  | |
| **Adresse mail de l’association :** |  | |
| **Numéro de téléphone de l’association :** |  | |
| **Nom du président :** |  | |
| **Coordonnées postale de l’association :** |  | |
| **Motivations de l’association pour présenter le candidat :** |  | |
| **Si ma candidature est retenue en qualité de RU (collège 1), je m’engage à faire des formations (prises en charge dans le cadre de votre mandat) :**  **OUI 🞏 NON 🞏** | |

**Date :**

**Signature du (ou de la) président(e) ou son représentant Signature du candidat**

(+ cachet de l’association)

***Pour rappel, les RU (collège 1) nouvellement nommés doivent suivre une formation obligatoire (18h de formation) de base financée par les organismes habilités.***

**J’autorise l’ARS Bretagne à communiquer mes coordonnées aux associations habilitées à délivrer la formation de base des représentants des usagers du système de santé prévue à l’article L. 1114-1 du code de la santé publique.**

**OUI 🞏 NON**

**Date :**

**Signature du candidat :**

Les candidatures sont à adresser à l’Agence Régionale de Santé à l’adresse suivante **avant le 18 mars 2024** aux coordonnées suivantes et avec pour objet:

**« Candidature Commissions de Conciliation et d'Indemnisations des accidents médicaux » :**

à l’adresse suivante :[**ars-bretagne-qualite@ars.sante.fr**](mailto:ars-bretagne-qualite@ars.sante.fr)

**Vos droits concernant vos données**

« L’ARS Bretagne procède à un traitement de vos données personnelles pour la gestion et le suivi de cet appel à candidature, traitement nécessaire à la mission d’intérêt public dont est investie l’ARS en vertu de l’article L. 1431-2 du Code de la santé publique. Vos données sont conservées 5 ans et sont uniquement destinées au département qualité en charge de cet AAC. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, vous opposer à leur traitement, les faire rectifier ou geler leur utilisation en exerçant votre demande auprès du délégué à la protection des données : [ARS-BRETAGNE-CIL@ars.sante.fr](mailto:ARS-BRETAGNE-CIL@ars.sante.fr) ou par voie postale.

Vous disposez également du droit d’introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés (CNIL) si vous estimez que le traitement de vos données constitue une violation de la réglementation ».