|  |  |
| --- | --- |
| ARS NPDCPD:\Utilisateurs\mliebart\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\OLK5ED4\Logo prefet du nord.jpg | Fiche candidature  Personnalité Qualifiée du Conseil de Surveillance  d’un Etablissement Public de Santé  Mail : ars-npdcp-democratiesanitaire@ars.sante.fr |

**ETABLISSEMENT dans lequel vous postulez :**

**Nom de l’établissement :**

**Ville :**

**ASSOCIATION :**

**NOM de l’association :**

**Adresse postale :**

**Adresse mail (1) :**

**Agrément (2) : □national □régional Date d’obtention :**

**Siège de Personnalité Qualifiée déjà occupé (actuellement ou par le passé) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Instance**  ***(CRUQPC, CS, CT, CRSA…)*** | **Lieu**  ***(préciser l’établissement)*** | **Période** | **A quel titre (RU, dans un cadre professionnel…)** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| logoARSD:\Utilisateurs\mliebart\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\OLK5ED4\Logo prefet du nord.jpg | Fiche candidature  Personnalité Qualifiée du Conseil de Surveillance  d’un Etablissement Public de Santé  Mail : ars-npdcp-democratiesanitaire@ars.sante.fr |

**CANDIDAT :**

**NOM : Prénom :**

**Adresse postale :**

**Adresse mail :**

**Age :**

**Profession (**merci de préciser votre profession actuelle ou ancienne en cas de retraite) **:**

**Etes-vous Personnalité Qualifiée au Conseil de Surveillance de l’établissement souhaité ?** □oui □non

**Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années, des formations à destination des RU ?**

□non □oui, merci de préciser

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intitulé** | **Formation** | **Organisateur** | **Durée** | **Année** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |