# CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE

Fiche de Candidature

## Collège 2a) composé de 6 représentants titulaires et 6 suppléants des usagers des associations agréées conformément à l’article L 1114-1 du code de la santé publique, désignés à l’issue d’un appel à candidatures dans des conditions fixées par le directeur général de l’ARS

NOM et SIGLE de l’Association :

Adresse :

N° et date de l’agrément :

*(préciser s’il s’agit de l’association elle-même ou de sa fédération/union et joindre la décision d’agrément ou l’autorisation d’utilisation d’un agrément national)*

Secteur géographique couvert :

Préciser si l’association est membre de France Assos Santé : 🞏 OUI/ 🞏 NON

Préciser les champs couverts par l’association :

Motivation de l’association :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Fiche de Candidature

## Territoire de démocratie sanitaire :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ariège |  | Aude |  | Aveyron |  | Gard |  | Haute-Garonne |  | Gers |  |
| Hérault |  | Lot |  | Lozère |  | Hautes-Pyrénées |  | Pyrénées-Orientales |  | Tarn |  |
| Tarn et Garonne |  |

*Cocher le(s) territoire(s) correspondant(s)*

**FICHE DE CANDIDATURE**

TITULAIRE SUPPLEANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance : ……………………………………………………………………………………………

Adresse personnelle : …………………………………………………………………………………………

Fonction :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

🞎 Je consens à ce que mes coordonnées (nom, prénom, adresse mail) soient communiquées aux partenaires en santé de l’ARS pour recueillir mon appréciation en tant que membre de la CRSA sur une question de santé (cocher la case).

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Est-ce le premier mandat exercé en qualité de Représentant des Usagers ? : 🞏 OUI / 🞏 NON

La formation de base au sens de l'article L.1114-1 du code de la santé publique a-t-elle été suivie ?

🞏 OUI/ 🞏 NON

Si NON je m'engage à suivre la formation de base dans un délai de 6 mois 🞏 OUI (cocher la case)

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Merci de retourner cette fiche de candidature à l’adresse mail suivante :

[ars-oc-duaj-démocratie-sanitaire@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-duaj-démocratie-sanitaire@ars.sante.fr) **au plus tard le 27 février 2022 à minuit.**

Date et signature du candidat :

*Signature et cachet de l’association/union/fédération dépositaire de l’agrément*

L'ARS Occitanie procède à un traitement de vos données personnelles, ayant pour finalité la gestion et le suivi des désignations des membres des conseils territoriaux de santé (CTS) de la région Occitanie. Ce traitement est mis en œuvre sur le fondement des articles L 1434-9 à L 1434-11 et R 1434-29 à R 1434-40 du code de la santé publique, de l’arrêté du 3 aout 2016 ainsi que sur l'article 6-1-C ("le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis") du règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Règlement Général sur la Protection des Données ou RGPD).

Les données enregistrées sont conservées durant une période de 6 ans. Ces données sont communiquées aux services compétents au sein de l'Agence Régionale de Santé Occitanie :

* + Direction des Droits des Usagers et des Affaires Juridiques (DUAJ) ainsi qu’aux délégations départementales pour procéder à la désignation des membres et au secrétariat des séances des CTS
  + Direction des Finances et des Moyens (DFM) pour attribution des droits sur la plateforme de travail collaboratif (SharePoint)
  + Service comptable de la DFM pour le remboursement des frais de déplacement des membres.

Par ailleurs, sous réserve de votre consentement, l’ARS pourra communiquer vos coordonnées (nom, prénom, adresse mail) à ses partenaires en santé en vue de recueillir votre appréciation en tant que membre du CTS sur une question de santé.

Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à la communication de ces données à tout moment en adressant votre demande à la Déléguée à la Protection des Données dont les coordonnées sont mentionnées ci-dessous.

Conformément au RGPD et à la loi n°78 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi Informatique et Libertés), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation de traitement des données vous concernant.

Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant à la Déléguée à la Protection des Données de l'ARS Occitanie, à l'adresse suivante :

* Par mail à l'adresse : ARS-OC-DPO@ars.sante.fr

Ou

* Par voie postale :

Agence Régionale de Santé Occitanie

Déléguée à la Protection des Données

26-28 Parc du Millénaire

1025, rue Henri Becquerel

CS 30001

34067 Montpellier Cedex 2

Vous disposez, par ailleurs, d'un droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle, en particulier auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés.

Le présent formulaire concernant les appels à candidature, s'inscrit dans le cadre de ce traitement.

Si ce formulaire comporte des zones de commentaires libres, "les commentaires saisis dans ces zones ne doivent en aucun cas porter atteinte à l'image d'une personne physique. Ils ne doivent pas être inappropriés, subjectifs ou insultants. Ils ne doivent pas comporter d’informations relatives à l’origine raciale ou ethnique, aux opinions politiques, philosophiques ou religieuses, à l’appartenance syndicale, à la santé ou la vie sexuelle, aux infractions et condamnations ».