**Appel à candidature pour la désignation de deux représentants d’usagers, membres d’associations agréées d’usagers du système de santé, afin de siéger au Comité national du pacte territoire-santé.**

**ANNEXE**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**COMPOSITION DU DOSSIER DE CANDIDATURE DE l’ASSOCIATION**

**Appel à candidature pour la désignation de deux représentants d’usagers, membres d’associations agréées d’usagers du système de santé, afin de siéger au Comité national du pacte territoire-santé.**

**1. UNE FICHE DE CANDIDATURE DE L’ASSOCIATION**

La fiche de candidature permet de renseigner les éléments suivants :

* Identification de l’association
* Présentation de l’association en lien avec les critères de sélection suivants :
* périmètre d’intervention dans le champ des soins primaires ou de proximité
* implication dans la défense des droits et des intérêts des usagers.
* appartenance à un collectif ou une fédération,
* nombre d’adhérents,
* Caractéristiques de l’activité.

**2. LES PIECES A JOINDRE CONCERNANT L’ASSOCIATION**

* Les statuts de l’association;
* Le dernier rapport d’activité
* Une copie de l’arrêté d’agrément en santé de l’association
* Une présentation de l’association et de sa candidature (objet, missions, actualités, etc), en 2 pages maximum signée par le (la) président(e)
* Toute autre information que l’association juge utile de préciser.

**3. LES PIECES A JOINDRE CONCERNANT CHAQUE CANDIDAT**

* Un curriculum vitae et une lettre de motivation avec le nom, le prénom, les coordonnées (adresse postale, téléphone, mél), la date de naissance des candidats ;
* Une lettre de présentation de la candidature signée par le(la) président(e) de l’association
* La déclaration publique d’intérêt

**Nous devons recevoir 4 candidatures au total :**

**2 titulaires, soit un homme et une femme,**

**2 suppléants, soit un homme et une femme.**

**Les dossiers incomplets et/ou parvenus hors délais ne seront pas instruits.**

**Les documents doivent être datés et signés.**

**MODALITES POUR CANDIDATER**

**Appel à candidature pour la désignation de deux représentants d’usagers, membres d’associations agréées d’usagers du système de santé, afin de siéger au Comité national du pacte territoire santé.**

**MODALITES DE DÉPÔT DU DOSSIER DE CANDIDATURE**

Les dossiers de candidature sont à adresser, en une seule fois, au Ministère des affaires sociales et de la santé, à la Direction générale de l’offre de soins, à la Sous-direction de la régulation de l’offre de soins, au Bureau R2 Premier recours, 14, avenue Duquesne, 75007 Paris :

- par lettre recommandée avec accusé de réception,

à l’adresse suivante :

*Ministère des affaires sociales et de la santé*

*Direction générale de l’offre de soins*

*Sous-direction de la régulation de l’offre de soins*

*Bureau R2*

*Premier recours*

*14, avenue Duquesne*

*75007 Paris*

**La transmission de dossiers de candidature par voie électronique est autorisée à l’adresse suivant :** [**nathalie.schneider@sante.gouv.fr**](mailto:nathalie.schneider@sante.gouv.fr) **, avec copie à l’adresse** [**DGOS-R2@sante.gouv.fr**](mailto:DGOS-R2@sante.gouv.fr)

**Doivent impérativement figurer sur l’enveloppe intérieure les 3 mentions**

**suivantes :**

**-** « Réponse à l’appel à candidature »

**-** « Bureau R2 »

**Date limite de réception des candidatures : le vendredi 9 septembre 2016.**

**FICHE DE CANDIDATURE**

**1°) IDENTIFICATION DE L’ASSOCIATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’association :** |  |
| **Nom du président :** |  |
| **Numéro d’identification RNA :** |  |
| **Date de déclaration :** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Adresse du siège social (si différente) :** |  |
| **Email :** |  |
| **Téléphone :** |  |
| **Fax :** |  |

**2°) PRESENTATION DE L’ASSOCIATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre d’adhérents de l’association :** |  |
| **Volume d’activités et type d’actions dans le domaine des soins primaires et de proximité :** |  |
| **Rayonnement de l’association, territoire de présence et d’activité :** |  |
| **Appartenance de l’association à un collectif ou à une fédération :** |  |
| **Diversité et spécificité des champs couverts par l’association :** |  |
| **Nombre et type d’établissements ou services sociaux ou médico- sociaux éventuellement gérés par l’association :** |  |
| **Informations complémentaires que l’association souhaite éventuellement apporter :** |  |

**3°) A- PROPOSITION DE CANDIDATURE EN TANT QUE MEMBRE TITULAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du candidat en tant que membre titulaire :** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Téléphone :** |  |
| **Fax :** |  |
| **Email :** |  |
| **Motivations du candidat :** |  |

**Fait à : Signature :**

**Le :**

**3°) B- PROPOSITION DE CANDIDATURE EN TANT QUE MEMBRE TITULAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du candidat en tant que membre titulaire :** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Téléphone :** |  |
| **Fax :** |  |
| **Email :** |  |
| **Motivations du candidat :** |  |

**Fait à : Signature :**

**Le :**

**4°) A- PROPOSITION DE CANDIDATURE EN TANT QUE MEMBRE SUPPLEANT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du candidat en tant que membre suppléant :** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Téléphone :** |  |
| **Fax :** |  |
| **Email :** |  |
| **Motivations du candidat :** |  |

**Fait à:**

**Le : Signature**

**4°) B- PROPOSITION DE CANDIDATURE EN TANT QUE MEMBRE SUPPLEANT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du candidat en tant que membre suppléant :** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Téléphone :** |  |
| **Fax :** |  |
| **Email :** |  |
| **Motivations du candidat :** |  |

**Fait à:**

**Le: Signature**