**Atelier découverte « RU en avant »**

**Date : 12 et 13 janvier 2021**

**Lieu : en visio-conférence**

**Durée : 2 modules d’1h30 - le 12 janvier 14h30 – 16h et le 13 janvier 14H30 – 16h -**

**Coût :** **Gratuit**

**Animateurs : Chantal Cateau, formatrice France Assos Santé**

**Inscription obligatoire**

**(formulaire ci-dessous p.2)**

**De quoi on va parler :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **le 12 janvier**  **14h30 – 16H**  **en visio-conférence** | Faire connaissance avec FAS | **travail collectif avec le formateur** |
| **le 13 janvier matin** | Découvrir les ressources de FAS | **travail individuel de recherche** |
| **le 13 janvier**  **14h30 – 16H**  **en visio-conférence** | Explorer l’environnement du RU | **travail collectif avec le formateur** |

**Bulletin d’inscription**

**Atelier découverte « RU en Avant »**

**En visioconférence**

**Mardi 12 janvier – 14H30 – 16H**

**Mercredi 13 janvier – 14H30 – 16H**

**Merci de renvoyer ce bulletin à France Assos Santé Ile-de-France (URAASS Ile-de-France)**

**par mail :** [formation-idf@france-assos-sante.org](mailto:formation-idf@france-assos-sante.org)

**Pour toute question vous pouvez nous contacter au 01 43 29 92 38**

***Pour rappel, dans le cadre de la RGPD – règlement n° 2016/679 vous disposez d’un droit de modification ou de suppression de vos données personnelles, n’hésitez pas à en informer France Assos Santé Ile-de-France : ile-de-france@france-assos-sante.org.***

Nom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Association : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Adresse mail : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Téléphone : \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Etablissement** dans lequel vous êtes Représentant des Usagers :

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Département** dans lequel vous êtes Représentant des Usagers : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
2. **Instance(s)** dans laquelle/lesquelles vous êtes Représentant des Usagers :

* Commission des usagers (CDU)

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Conseil de Surveillance d’établissement public ou Conseil d’Administration d’établissement de santé privé

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Conférence Territoriale de Santé (CTS)

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Conférence Régionale de la Santé et de l’Autonomie (CRSA)

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Commission de Conciliation et d’Indemnisation (CCI)

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Comité de Protection des Personnes (CPP)

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Conseil de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie (CPAM)

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Autre (précisez) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Date de votre première nomination** en tant que Représentant des Usagers :

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_