**Atelier**

**« Le rapport annuel de la commission des usagers »**

**Dates : 9 et 12 février 2021**

**Lieu : en visio-conférence**

**Durée : 2 modules de 2h – mardi 9 février 9h30 – 11h30 et vendredi 12 février 14h - 16h**

**Coût :** **Gratuit pour les bénévoles membres des associations adhérentes de France Assos Santé**

**Animateurs : Jean Wils, formateur France Assos Santé**

**Inscription obligatoire**

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

**De quoi on va parler :**

* Renforcer la visibilité du rôle de la Commission des usagers et son action auprès des professionnels et des usagers
* Développer la participation du RU à l’élaboration et à la présentation du rapport annuel de la Commission des usagers
* Affirmer la place du RU et son rôle au sein de la Commission des usagers
* Découvrir le contenu du rapport annuel de la CDU
* Découvrir les 3 points clefs du rapport annuel :
  + - Le fonctionnement de la CDU
    - Le circuit des réclamations
    - Le rôle des associations

**Bulletin d’inscription**

**Atelier « le rapport annuel de la commission des usagers »**

**En visioconférence**

**Mardi 9 février 2021 - 9h30 – 11h30**

**Vendredi 12 février – 14h – 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 :

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