**Formation « Les plaintes et réclamations des usagers en établissement »**

**Date : Mercredi 26 et jeudi 27 mai 2021**

**Lieu : en visio-conférence**

**Durée : 2 après-midis – 2 modules d’1h30 : de 14h30 à 16h00 + temps de travail personnel entre les deux demi-journées.**

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

**Formateur : Myriam ELSO, formatrice France Assos Santé**

**CE DONT NOUS PARLERONS**

* Le circuit de la plainte
* Lire et exploiter une plainte ou une réclamation
* Encourager l’établissement à répondre à différents niveaux

**PRE REQUIS POUR POUVOIR SUIVRE CETTE FORMATION** :

RU ayant suivi atelier ou formation en présentiel RU en CDU

**Inscription obligatoire**

**(formulaire ci-dessous)**

**Bulletin d’inscription**

**Formation « Les plaintes et réclamations des usagers en établissement »**

**Mercredi 26 et jeudi 27 mai**

**En visioconférence en 2 après-midis de 14h30 – 16h00 +**

**temps de travail personnel entre les deux-demi-journées en visio**

**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 : \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

* **A quelle(s) formation (s) avez-vous déjà participé ?**

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

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

*Pour rappel, pour participer à cette formation, il faut avoir suivi un atelier ou formation en présentiel RU en CDU*

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

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

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

* **Département** dans lequel vous êtes Représentant des Usagers : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
* **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) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

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

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

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