

Fiche Candidat Titulaire

**Nom de votre association
ou mouvement associatif :**

Pour rappel :

- une candidature est constituée de la présentation d'un titulaire et d'un suppléant
- une association ou un mouvement associatif ne peut présenter qu'un titulaire et un suppléant au Comité régional

Je soussigné(e) Mme, M[Nom / Prénom]

Né(e) le / / A[Date et lieu de naissance]

En tant que.....[Fonction au sein de l'association]

Adresse de l'association

Adresse personnelle.....

Exerçant /ayant exercé la profession de..... [Profession]

Fait acte de candidature au comité régional de France Assos Santé Bretagne lors de son Assemblée régionale du Jeudi 3 Avril 2025 en qualité de TITULAIRE.

Profession de foi : " Je souhaite faire partie du comité régional de l'URAASS Bretagne pour les raisons suivantes :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Présentation de mon parcours associatif et/ou de vie :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fiche Candidat Titulaire

Mes centres d'intérêts/thèmes d'expertise :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Offres de soins/organisations territoriales (CPTS, DAC...) | <input type="checkbox"/> Santé et Environnement | <input type="checkbox"/> Patient partenaire |
| <input type="checkbox"/> E-santé | <input type="checkbox"/> Public jeunes | <input type="checkbox"/> Assurance maladie |
| <input type="checkbox"/> Médico-social | <input type="checkbox"/> Ethique | <input type="checkbox"/> Grand Âge |
| <input type="checkbox"/> Prévention | <input type="checkbox"/> Santé mentale | |
| | <input type="checkbox"/> Autre : | |

- Si je suis élu(e) au Comité Régional : je fais acte de candidature au Bureau de France Assos Santé Bretagne lors du Comité Régional du 3 Avril consécutif à l'Assemblée Régionale. J'adresse ma DPI complétée au Comité de déontologie et à France Assos Santé.

Merci de préciser vos motivations :

.....
.....
.....
.....
.....

A

Le

En signant ce document, je manifeste mon accord relatif aux modalités de recueil, de stockage et de traitement des données recueillies par le présent formulaire. Ces données seront utilisées afin de me transmettre des informations et convocations en lien avec le mandat de la délégation régionale. A tout moment je peux demander la modification de celles-ci en adressant un message à bretagne@france-assos-sante.org

Signature du candidat :

Nom/Prénom et Signature du président de l'association du candidat :

Fiche Candidat Suppléant

Mes centres d'intérêts/thèmes d'expertise :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Offres de soins/organisations territoriales (CPTS, DAC...) | <input type="checkbox"/> Santé et Environnement | <input type="checkbox"/> Patient partenaire |
| <input type="checkbox"/> E-santé | <input type="checkbox"/> Public jeunes | <input type="checkbox"/> Assurance maladie |
| <input type="checkbox"/> Médico-social | <input type="checkbox"/> Ethique | <input type="checkbox"/> Grand Âge |
| <input type="checkbox"/> Prévention | <input type="checkbox"/> Santé mentale | |
| | <input type="checkbox"/> Autre : | |

A

Le

En signant ce document, je manifeste mon accord relatif aux modalités de recueil, de stockage et de traitement des données recueillies par le présent formulaire. Ces données seront utilisées afin de me transmettre des informations et convocations en lien avec le mandat de la délégation régionale. A tout moment je peux demander la modification de celles-ci en adressant un message à bretagne@france-assos-sante.org

Signature du candidat :

Nom/Prénom et Signature du président de l'association du candidat :