**APPEL A MANIFESTATION D’INTERÊT (AMI) CONJOINT**

**Pour la désignation de Personnes Qualifiées (PQ)**

**Région « Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy »**

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE**

**pour le mandat de personne qualifiée**

(Mandat défini par l’article L 311-5 du CASF)

**Date butoir de dépôt : 31 janvier 2025, 12 heures**

*Merci de cocher la/les case(s) correspondante(s) :*

**GUADELOUPE**  **ILES DU NORD**

**Données personnelles**

**NOM : Prénom :**

En activité  Retraité – Date :

Adresse :

Téléphone mobile (obligatoire) :

Adresse mail (obligatoire) :

**Déclare sur l’honneur** :

**Ne pas détenir directement ou indirectement des intérêts particuliers de quelle que nature que ce soit, afin de garantir tout conflit d’intérêt**

**Ne pas être salarié(e) dans les associations, établissements, services ou lieux de vie et d’accueil concernés par le dispositif ou, le cas échéant, de signaler les demandes sur lesquelles je serai sollicité(e)s) afin qu’une autre personne qualifiée puisse intervenir en lieu et place**

**Ne pas être membre d’un conseil d’administration d’une association, établissements, services ou lieux de vie et d’accueil intéressés par la demande concernée par le dispositif ou, le cas échéant, de signaler les demandes sur lesquelles je serai sollicité(e)s) afin qu’une autre personne qualifiée puisse intervenir en lieu et place**

**Ne pas exercer de fonctions au sein d’une autorité, ayant compétence sur ces domaines**

**S’engager à ne collecter et traiter que les** **seules données pertinentes de l’usager mises à ma disposition, nécessaires à la défense de ses droits et à l’en informer (articles 13 à 15 du RGPD)**

**S’engager à signaler tout changement de ma situation à cet égard**

**Avoir pris connaissance des conditions d’éligibilité et des engagements en tant que personnes qualifiées, mentionnées au présent AMI**

**Pièces à joindre au formulaire de candidature :**

* Justificatif d’identité (carte d’identité ou passeport)
* Extrait de casier judiciaire

**Deux modalités d’envoi obligatoires :**

* Par **mail** à : [ars971-daoss@ars.sante.fr](mailto:ars971-daoss@ars.sante.fr) ; [Christelle.LERISSEE@cg971.fr](mailto:Christelle.LERISSEE@cg971.fr)

avec mention en **objet « Candidature au titre de la personne qualifiée »**

* Par **voie postale**, en lettre avec accusé/réception :

**Agence de Santé Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy**

AMI Personnes qualifiées - DAOSS / DCT

Bisdary – Rue des Archives – 97113 GOURBEYRE

**PARCOURS**

Principales étapes de votre parcours professionnel ainsi que les catégories de public auprès desquelles vous exercez ou avez exercé :

|  |
| --- |
|  |

**MOTIVATIONS** (en quelques lignes)

|  |
| --- |
|  |

**Je souhaite être contacté(e) par les usagers des ESSMS par le ou les moyen(s) suivant(s) :**

Courrier :

Téléphone :

Mail :

Autre (précisez) :

## 

## Fait à Le

Signature

*Droit d'accès et de modification des données vous concernant :*

*En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de vos données personnelles*