RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

FORMULAIRE
Demande de saisine d'une personne qualifiée dans le secteur médico-social

1. Je soussigné(e) :

☐Madame, ☐Monsieur, Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone : adresse e-mail :

☐ **En tant qu'usager**

☐ **En tant que représentant légal de :**

☐Madame, ☐Monsieur,

Nom :

Prénom :

Adresse :

2. Fais la saisine d'une personne qualifiée. Après consultation de l'arrêté de désignation, mon choix s'est porté sur la personne qualifiée désignée ci-dessous :

Nom / Prénom :

Intervenant dans le département : _____ où se situe le service ou l'établissement concerné.

3. Pour faire valoir mes droits dans le différend ou litige relatif aux prestations d'accompagnement concernant l'établissement ou le service médico-social suivant :

Raison sociale de la structure :

Adresse :

Résumé des motifs de la saisine (peut être accompagné d'un courrier plus détaillé et d'éventuels justificatifs).

Fait à : Le :

Signature de l'usager
ou de son représentant légal :

Accord de la personne qualifiée

Fait à : Le :

Signature
de la personne qualifiée :