
Personne qualifiée en ESMS

Formulaire demande de saisine à adresser à la délégation territoriale ARS du département concerné

1. Je soussigné(e) :

Madame Monsieur :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

adresse e-mail :

En tant qu'utilisateur

En tant que représentant légal de :

Madame Monsieur :

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 social ou médico-social suivant :

Raison sociale de la structure :

Adresse :

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

Fait à :

Le :

Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal :