***Questionnaire de motivation et de suggestion concernant les futures nominations du COREVIH Centre-Val de Loire (2017-2021).* A retourner au secrétariat au plus tard le 25 Mai 2017**

*Par mail :* *corevih@chu-tours.fr*

*ars-centre-pps@ars.sante.fr*

*myriam.raux@ars.sante.fr*

 *Par courrier : COREVIH Centre val de Loire - CHRU Bretonneau*

*2 Bld Tonnellé 37044 TOURS cedex09*

**Souhaitez-vous que votre candidature ci-dessous soit soumise à l’ARS Centre Val de Loire pour un éventuel\* mandat de 4 ans \*\* ?**

 **OUI 🗖 NON 🗖**

**Nom - Prénom :**

Si oui, merci de remplir le tableau ci-dessous

|  |  |
| --- | --- |
| Profession |  |
| Adresse structure |  |
| Tél |  |
| Fax |  |
| Courriel |  |
| Site Internet |  |

*\* Même en cas de réponse positive, le questionnaire ne constitue pas un engagement de la part du COREVIH Centre Val De Loire quant à votre nomination, la décision finale revenant aux autorités sanitaires.*

*\*\* Selon l’art-3 de l’arrêté de composition des COREVIH du 4 octobre 2006, « tout membre titulaire qui cesse ses fonctions en cours de mandat est remplacé pour la durée du mandat restant à accomplir par un des membres suppléants dans l’ordre où ceux-ci ont été nommés.*