

Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du code de santé publique)

Je soussigné (e),

Né(e) le

Désigne (Nom et Prénom).....

Comme PERSONNE DE CONFIANCE.

Coordonnées téléphoniques :

Adresse :

.....

E-mail :

Pour ce séjour ☐

Pour tout séjour éventuel ☐

Fait à.....

le :

Signature :

Signature de la personne de confiance

Révocation de la personne de confiance désignée

Je soussigné (e),

Né(e) le

décide de révoquer la désignation de (Nom et Prénom).....

comme PERSONNE DE CONFIANCE.

Fait à.....

le :

Signature :

Ce document est à remettre dans l'unité de soins. Il sera conservé dans votre dossier médical

Cas particulier : Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester, ci-dessous, que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoign 1

Je soussigné (e),

Né(e) le

Qualité (lien avec la personne).....

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

.....

Fait à..... le :

Signature :

Témoign 2

Je soussigné (e),

Né(e) le

Qualité (lien avec la personne).....

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

.....

Fait à..... le :

Signature :

Ce document est à remettre dans l'unité de soins. Il sera conservé dans votre dossier médical