

Formulaire de désignation de la personne de confiance (au sens de l'article L.311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles) en EHPAD

Je soussigné (e),

Né(e) le à

Désigne (Nom et Prénom).....

Né(e) le à

Qualité (lien avec la personne de confiance) :

Coordonnées téléphoniques :

Adresse :

.....

E-mail :

Comme PERSONNE DE CONFIANCE en application de l'article L311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Dans le cas d'une hospitalisation :

Par le présent document, j'indique également que cette personne exercera les missions de personne de confiance, mentionnée à l'article L1111-6 du code de la santé publique :

☐ Oui

☐ Non

Fait le, à.....

Fait le, à :

Signature :

Signature de la personne de confiance

Révocation de la personne de confiance désignée

Je soussigné (e),

Né(e) le à

Met fin à la désignation de (Nom et Prénom).....

comme PERSONNE DE CONFIANCE au sens de l'article L311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir ses missions de personne de confiance mentionnée à l'article L1111-6 du Code de la santé publique : ☐ Oui ☐ Non

Fait le, à.....

Signature :

Ce document est à remettre au secrétariat. 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 désignation de

Comme personne de confiance en application de l'article L311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Et atteste que cette personne de confiance a également été nommée comme personne de confiance au sens de l'article L1111-6 du code de la santé publique : ☐ Oui ☐ Non

Fait à, le

Signature du témoin :

Fait à, le :

Signature de la personne de confiance :

Témoign 2

Je soussigné (e),

Né(e) le

Qualité (lien avec la personne).....

Atteste que la désignation de

Comme personne de confiance en application de l'article L311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Et atteste que cette personne de confiance a également été nommée comme personne de confiance au sens de l'article L1111-6 du code de la santé publique : ☐ Oui ☐ Non

Fait à, le :

Signature du témoin :

Fait à, le :

Signature de la personne de confiance :

Ce document est à remettre au secrétariat. Il sera conservé dans votre dossier médical.