

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) [à remplir par le patient]

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../..... À :

.....

Identité de la personne de confiance que je choisis :

Nom : Prénom :

.....

Adresse :

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

Cette personne de confiance est :

- Un parent (préciser le lien de parenté :))
- Un proche
- Mon médecin traitant

Je décide de désigner cette personne de confiance :

- Pour une durée précise : du / / au / /
- Jusqu'à décision contraire de ma part

Fait à :

Le :/...../.....

Signature du patient

(ou attestation par un soignant si impossibilité)

Signature d'acceptation par la

personne de confiance