

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE



**À remettre à l'équipe
soignante du Centre**

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)

NOM : **Prénom :**

Adresse :

.....



Je déclare avoir reçu l'information relative à mon droit de désigner une **personne de confiance**

Je désigne ma personne de confiance :

NOM : **Prénom :**

Adresse :

.....

Tél. port : **Tél. fixe :**

Lien avec moi :



Je me suis assuré(e) que la personne désignée accepte d'être ma **personne de confiance.**

Fait à :

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

**Signature
du patient**

**Signature de la
personne de confiance**



Je déclare avoir reçu l'information relative à mon droit de rédiger des **directives anticipées**



Si j'ai rédigé mes **directives anticipées, je les ai données à ma **personne de confiance** et à l'équipe soignante.**

