

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Souhaitez-vous désigner une **personne de confiance ?**

Non, je ne souhaite pas en désigner une.

Oui, je souhaite désigner en tant que **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.**

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE



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