



## FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) :

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

reconnais avoir pris connaissance de la plaquette d'information ci-jointe, et être informé(e) de ma possibilité de désigner une personne de confiance.

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Je souhaite désigner une personne de confiance :

<p><b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____</p> <p>Date de naissance : __ / __ / ____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Ville : _____ Code postal : _____</p> <p>Téléphone portable : __ / __ / __ / __ / __</p> <p>domicile : __ / __ / __ / __ / __</p> <p>bureau : __ / __ / __ / __ / __</p>
--

Cette personne de confiance est :

Un parent (lien de parenté : \_\_\_\_\_)

Un proche

Mon médecin traitant

Cette désignation est en principe valable pour la durée de mon hospitalisation/séjour ou pour une durée indéterminée.

Je suis informé(e) que je peux révoquer ma personne de confiance à tout moment.

Je décide de désigner ma personne de confiance :

Pour la durée de mon hospitalisation et/ou de mon séjour.

Pour une durée indéterminée et jusqu'à décision contraire de ma part.

Fait à .....

**Signature du patient**

Le .... / .... / .....

**Co-signature de la personne de confiance :**

Fait le : \_\_ / \_\_ / \_\_ à : \_\_\_\_\_

Signature :

*NB : en signant ce document, vous acceptez votre rôle de personne de confiance.*