

## Formulaire de désignation 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 :

<b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____
Date de naissance : __/__/____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone portable : _____
Domicile : _____
Bureau : _____

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 :
<i>NB : en signant ce document, vous acceptez votre rôle de personne de confiance</i>