

**Formulaire de désignation
De la Personne de Confiance**

Je soussigné(e)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de Naissance :
Adresse :

Désigne comme personne de confiance

Nom :
Prénom :
Adresse :

N° de téléphone :

J'ai informé(e) M. /Mme de sa désignation de personne de confiance, et cela vaut tant à mon domicile que durant d'éventuelles hospitalisation jusqu'à révocation.

Fait à :
Le :

Signature

Je soussigné(e) M. / Mme certifie avoir été informé de ma désignation comme personne de confiance et accepte ce rôle.

Fait à :
Le :

Signature