

## Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Je soussigné(e) Docteur : .....

UF : ..... Téléphone : .....

Cachet du médecin

Certifie que Mr / Mme .....

- Est en mesure de désigner une personne de confiance.  
 N'est pas en mesure de désigner une personne de confiance.

Je soussigné(e) Mr / Mme .....

- Ne souhaite pas désigner une personne de confiance.  
 Désigne comme personne de confiance selon l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles :

Nom : : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse: .....

Téléphone. : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / ..... adresse mail : .....

Fait à : .....

Signature du résident hébergé :

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### Cadre réservé à la personne de confiance.

Je certifie avoir été informé(e) et accepte ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à : .....

Signature de la personne de confiance :

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### Partie facultative :

- Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : OUI  NON
- Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : OUI  NON

Fait à : .....

Signature du résident hébergé :

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### Cadre réservé à la personne de confiance.

Je certifie avoir été informé(e) et accepte ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à : .....

Signature de la personne de confiance :

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_