



**FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE
LA PERSONNE DE CONFIANCE**

(Au sens de l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique et de l'article L.311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

Je soussigné(e), nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....
.....

Nomme la personne de confiance suivante :

Nom, Prénoms :

Adresse :
.....

Téléphone fixe : Portable :

Email :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait   Le

Signature

Signature de la personne de confiance