

S O I N S A S S I S T A N C E
E T A B L I S S E M E N T S S A I N T E M A R G U E R I T E

Désignation de la personne de confiance

IMPORTANT : En application de l' article L311-5-1 du CASF, l'usager peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même usager serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné(e) :

NOM de naissance : **NOM d'usage :**

PRENOM(S) :

DATE et LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE(S) :

FAX / E-MAIL :

☐ **Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance :**

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, **je m'engage à en informer par écrit Soins Assistance**, en remplissant la fiche de désignation de la personne de confiance.

☐ **Je souhaite désigner une personne de confiance :**

☐ Monsieur

☐ Madame

NOM de naissance : **NOM d'usage :**

PRENOM(S) :

DATE et LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE(S) :

FAX / E-MAIL :

- Cette personne de confiance, légalement capable, est : ☐ Un proche ☐ Un parent ☐ Mon médecin traitant
- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : ☐ OUI ☐ NON

**Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas,
je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant à nouveau une fiche de désignation.**

Fait à

Signature de l'usager :

Le

Cadre réservé à la personne de confiance (facultatif) :

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

Fait à

Signature de la personne de confiance :

Le