

Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

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

.....
nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé : professionnel : portable :

E-mail :

→ 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 à : le :

Signature

Signature de la personne de confiance

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoïn 1 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M

→ que M lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

→ que M lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :
oui non

Fait à : le :

Signature

Témoïn 2 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M

→ que M lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

→ que M lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :
oui non

Fait à : le :

Signature

Formulaire désignation de la personne de confiance remis à :

NOM	Prénom	Qualité (médecin, famille, amis...)	Adresse	Téléphone