SAD Vanne-et-Othe

2 place de la Liberté
89190 Villeneuve
l'Archevêque
Tel : 03 86 86 77 10

Courriel :
ewas@fede89.admr.org

Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles.

73 Rue du Gal De Gaulle
89320 Cerisiers
Tel : 03 86 96 40 08

Courriel :
contact@una-cerisiers.fr

FORMULAIRE DE REVOCATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Étiquette du patient

En référence à la Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et au Code de la Santé Publique – Chapitre 1er : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté – article L. 1111-6

Je soussigné(e),

Nom..... Prénoms.....

Nom de jeune fille..... Date de Naissance ...../...../.....

Téléphone : ...../...../...../...../..... Téléphone Portable : ...../...../...../...../.....

Email : .....

- ☐ Révoque la personne de confiance :

Nom et Prénom(s).....à compter du ...../...../.....

- ☐ Désigne comme nouvelle personne de confiance :

Nom et Prénom(s) .....

Domicilié(e) N° ..... Rue .....

Code Postal ..... Ville .....

Pays (Si autre que la France) .....

Téléphone : ...../...../...../...../..... Téléphone 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 ☐

- ☐ Ne souhaite pas désigner de nouvelle personne de confiance.

Date : ...../...../..... **Signature du demandeur** **Signature de la Personne de Confiance**