

# 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