

<i>Résidence d'accueil et de soins « le Perron »</i>	<b><u>IMPRIME</u></b>	<b>THEME</b> <b>GESTION DES DONNEES DU RESIDANT</b> Sous-thème : <b>Dossier du résidant</b>	<b>VERS°</b>
	<b>FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE</b>	<b>Rédigé par :</b> Secrétariat Qualité et le Responsable de la Clientèle <b>Validé par :</b> Le Directeur des Soins <b>Approuvé par :</b> Le Bureau Qualité	<b>2</b>
<b>Tél : 04 76 38 26 37</b>	<b>Mots clés :</b> Personne de confiance	<b>Le : 14 Février 2017</b>	<b>Page 1/3</b>

### Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... A : .....

#### Désigne:

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... A : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Professionnel : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

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

E-mail : .....

### Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature :

Co-signature de la personne de confiance :

### Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnées à l'article L.1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : Oui  Non .

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, 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 :

Co-signature de la personne de confiance :

## 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-après que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire, est bien l'expression de votre volonté.

### Témoïn 1 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

Atteste que la désignation de :

Nom et prénoms : .....

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénoms : .....

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

### Partie facultative

Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Atteste également que :

Nom et prénoms : .....

a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnées à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : Oui  Non .

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 .

lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : Oui  Non .

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

**Témoïn 2 : Je soussigné(e)**

Nom et prénoms : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

Atteste que la désignation de :

Nom et prénoms : .....

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénoms : .....

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

**Partie facultative**

Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Atteste également que :

Nom et prénoms : .....

a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnées à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : Oui  Non .

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 .

lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : Oui  Non .

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :