

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

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Né(e) le : / / A :

Met fin à la désignation de :

Nom et prénoms :

Né(e) le : / / A :

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

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

Portable : / / / /

E-mail :

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

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Fait à :

Le : / /

Signature :

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

Deux personnes peuvent attester ci-après que la révocation 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 :

Nom et prénoms :

A mis fin à la désignation de :

Nom et prénoms :

Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale des familles ;

Que par suite, dans le cas où elle avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

Fait à :

Le : / /

Signature du témoin :

Témoïn 2 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que :

Nom et prénoms :

A mis fin à la désignation de :

Nom et prénoms :

Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale des familles ;

Que par suite, dans le cas où elle avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

Fait à :

Le : / /

Signature du témoin :