



DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Vous êtes résident de l'EHPAD et souhaitez à ce titre désigner votre personne de confiance qui pourra au besoin vous aider dans vos démarches, dans la compréhension et la mise en œuvre de vos droits. Nous vous invitons pour ce faire, à compléter le formulaire ci-dessous avec la personne que vous aurez choisi pour cette mission.

Je soussigné(e) :

Nom et Prénom

Né(e) le à

Désigne :

Nom et prénom

Né(e) le à

Qualité (lien avec la personne)

Adresse

Téléphone fixe Professionnel Portable

Adresse 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

Cosignature de la personne de confiance

Si vous souhaitez que **cette même personne** soit également votre personne de confiance **pour vous accompagner dans les décisions à prendre concernant votre santé**, par exemple si vous êtes hospitalisé(e), nous vous invitons à renseigner le formulaire ci-dessous (**à ne compléter que si vous souhaitez désigner la même personne**) :

Par le présent document, j'indique également expressément que **cette personne exercera les missions de la personne de confiance qui pourra m'accompagner dans mes décisions relatives à ma santé** (selon les modalités de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique)

- 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

Cosignature de la personne de confiance