**Formulaire de désignation de la personne de confiance**

**Mentionnée à l’article L.311-5-1 du code de l’action sociale et des familles**

**Je soussigné(e)**

Nom et prénom du résident : ……………………………………………………….…………...

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

**Désigne** :

Nom et prénom : ………………………………………………………………………….…….

Né(e) le : ………………………………………. à ……………………………………..……....

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 du résident Signature de la personne désignée

Par le présent document, j’indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l’article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : ……......……oui □ non □

Je lui faire 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 pas plus en état de m’exprimer :………oui □ non □

La personne de confiance possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui □ non □

***Un formulaire de révocation est disponible au sein de l’établissement.***

Fait à ……………………………………………., le ………………………………………..

Signature Signature de la personne de confiance

**Attestation relative à l’information sur la personne de confiance à conserver par l’établissement**

*Vous pouvez lors de votre entrée aborder ce sujet et obtenir plus d’information auprès du médecin ou du cadre.*

**Je soussigné(e) :**

Nom et prénom : ………………………………………………………………………………..

Fonction(s) : …………………………………………………………………………………….

Dans l’établissement : ………………………………………………………………………….

Atteste avoir délivré l’information prévue à l’article 311-0-3 du code de l’action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d’information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom : ………………………………………………………………………………..

Né(e) le : ………………………………………. à …………………………………………….

Attestation signée à ………………………………………., le ………………………………..

Signature du Directeur Signature de la personne accueillie ou de

ou de son représentant la personne ayant déposé la demande d’entrée

**Si le résident est dans l’impossibilité physique d’écrire seul(e), les formulaires de désignation et de révocation de la personne de confiance sont à remplir par deux témoins.**

*Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l’expression de votre volonté.*

1. **Formulaire en cas de désignation d’une personne de confiance.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Témoin 1 :**Je soussigné(e)Nom et prénom : ………………………………………………………………………..Qualité (lien avec la personne) …………………………………………………………atteste que la désignation de : Nom et prénom : ……………………………………………………………………….Comme personne de confiance en application de l’article L. 311-5-1 du code l’action sociale et des familles est bien l’expression de la volonté libre et éclairée de :Nom et prénom : ………………………………………………………………………..Fait à ………………………………………….…., le ………………………………… Signature du témoin : signature de la personne de confiance :* à également indiqué expressément qu’elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée 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 Signature de la personne de confiance | **Témoin 2 :**Je soussigné(e)Nom et prénom : ………………………………………………………………………..Qualité (lien avec la personne) …………………………………………………………atteste que la désignation de : Nom et prénom : ……………………………………………………………………….Comme personne de confiance en application de l’article L. 311-5-1 du code l’action sociale et des familles est bien l’expression de la volonté libre et éclairée de :Nom et prénom : ………………………………………………………………………..Fait à ………………………………………….…., le ………………………………… Signature du témoin : signature de la personne de confiance :* à également indiqué expressément qu’elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée 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 Signature de la personne de confiance |

1. **Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance**

|  |  |
| --- | --- |
| **Témoin 1 :**Je soussigné(e)Nom et prénom : ………………………………………………………………...Qualité (lien avec la personne) ………………………………………………….Atteste queNom et prénom : ………………………………………………………………..A mis fin à la désignation deNom et prénom : ……………………………………………………..…………Comme personne de confiance mentionnée à l’article L.311-5-1 du code de l’action sociale et des familles ;Que, par suite, dans le cas où elle lui 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 la santé publiqueFait à ………………………………………….., le …………………………….Signature du témoin | **Témoin 2 :**Je soussigné(e)Nom et prénom : ………………………………………………………………...Qualité (lien avec la personne) ………………………………………………….Atteste queNom et prénom : ………………………………………………………………..A mis fin à la désignation deNom et prénom : ……………………………………………………..…………Comme personne de confiance mentionnée à l’article L.311-5-1 du code de l’action sociale et des familles ;Que, par suite, dans le cas où elle lui 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 la santé publiqueFait à ………………………………………….., le …………………………….Signature du témoin |