



FICHE DE REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EN EHPAD

CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Je soussigné(e)

Nom :Prénom :

Date de naissance :

Admis(e) au Centre Gérontologique le : / /

En secteur : EHPAD (Estaque, Etoile, Jean Masse, Montagnette)¹

¹ rayer les mentions inutiles

Met fin à la désignation de

Monsieur Madame Mademoiselle
Nom :Prénom :

Adresse :

Téléphone / Portable :

Qualité et lien avec la personne :

Parent, préciser :

Proche, préciser :

Médecin traitant

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 Marseille, le : / /

Signature du résident :

Cas particulier : pour les résidents dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e), deux personnes peuvent attester au verso que la révocation de la personne de confiance est bien l'expression de votre volonté.

Témoïn 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 de 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 :

Co-signature de la personne de confiance :

Témoïn 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 de 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 :

Co-signature de la personne de confiance :