



Centre Hospitalier de Falaise

Boulevard des Bercagnes – BP 59 – 14700 FALAISE
Tel : 02.31.40.40.40 – Fax : 02.31.40.41.42

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Certifié V2014
juillet 2016

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) Mme, M. :

Né(e) le à

Demeurant :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

Déclare :

Avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une

Avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner :

Mme, M.....

Né(e) le à

Demeurant :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

Qui deviendra personne de confiance.

Fait à :

Le :

Signature :

Patient

Personne de confiance