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

IPP du patient (à remplir par le service de soins) :…….....

Je soussigné(e) Nom et prénom : .....
..... Né(e) le |___|___| |___|___| |___|___|___|___| à .....
.....

Met fin à la désignation de Nom et prénom :.....
.....Né(e) le |___|___| |___|___| |___|___|___|___| à .....
.....

Qualité (lien avec la personne) : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe |___|___| |___|___| |___|___| |___|___| |___|___|

Tél. professionnel |___|___| |___|___| |___|___| |___|___| |___|___|

Tél. 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 :