

## FORMULAIRE DE REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

**A REMETTRE COMPLETE, DATE ET SIGNE AU BUREAU DES ENTREES**

*En application de l'article L1111-6 du code de la santé publique vous avez invité(e) à désigner une personne de confiance pour la durée de votre séjour. Si vous souhaitez changer de personne de confiance ou la révoquer, vous pouvez utiliser cette fiche de révocation figurant au livret d'accueil.*

Je soussigné(e) Nom :

..... Prénom : .....

Né(e) le ..... à .....

Entrée le ...../...../.....

médecine

SSR

**Met fin à la désignation de :**

Monsieur

Madame

Nom : ..... Prénom .....

Né(e) le ..... à .....

Qualité (*lien avec la personne*) :

.....

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe : ..... professionnel .....

portable : ..... E-mail :

comme **personne de confiance dans le cadre de ma prise en charge par le Centre Hospitalier.**

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 du bénéficiaire :