



Unité
d'Addictologie

GH | SO
GROUPE HOSPITALIER
SÉLESTAT-OBERNAI

Coller ici l'étiquette usager

DESIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Né(e) le :

à :

Désigne :

Nom usuel :

Nom de naissance :

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 votre prise en charge **sociale ou médico-sociale** (en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles).
- Comme personne de confiance exerçant également les missions de la personne de confiance **en cas d'hospitalisation** (en application de l'article L 1111-6 du Code de la Santé Publique).

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

Ce document est établi en double exemplaire dont l'un vous sera remis.

Fait à Sélestat/Obernai/Sainte-Marie-aux-Mines, le

Nom et Prénom de l'utilisateur

.....

Signature

Nom et prénom de la personne de confiance

.....

Signature

En cas de changement de personne de confiance, merci de nous en faire part.

Réf : MA/GDM/M/E 018 – VA

Date : Aout 2024