

Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul (e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Cas particulier : Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul (e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

1. Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance

<p>Témoïn 1 :</p> <p>Je soussigné (e), Nom et prénom :</p> <p>Qualité (lien avec la personne) :</p> <p>atteste que la désignation de : Nom et prénom :</p> <p>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 :</p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Fait à _____ le _____</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Cosignature de la personne de confiance :</p> <p><u>Partie facultative</u></p> <p>Je soussigné (e), Nom et prénom :</p> <p>atteste également que : Nom et prénom :</p> <p><input type="checkbox"/> a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à _____ le _____</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Cosignature de la personne de confiance :</p>	<p>Témoïn 2 :</p> <p>Je soussigné (e), Nom et prénom :</p> <p>Qualité (lien avec la personne) :</p> <p>atteste que la désignation de : Nom et prénom :</p> <p>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 :</p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Fait à _____ le _____</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Cosignature de la personne de confiance :</p> <p><u>Partie facultative</u></p> <p>Je soussigné (e), Nom et prénom :</p> <p>atteste également que : Nom et prénom :</p> <p><input type="checkbox"/> a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à _____ le _____</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Cosignature de la personne de confiance :</p>
---	---

2. Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

Témoïn 1 :

Je soussigné (e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que :

Nom et prénom :

A mis fin à la désignation de

Nom et prénom :

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

Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, 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 témoin :

Témoïn 2 :

Je soussigné (e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que :

Nom et prénom :

A mis fin à la désignation de

Nom et prénom :

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

Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, 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 témoin :