

Nom, Prénom
Adresse habituelle
actuellement hospitalisé(e) à.....

à Monsieur le Directeur d'établissement et
Monsieur le médecin chef du secteur
psychiatrique n° ... de (département)
nom de l'hôpital ou établissement de soins

DÉSIGNATION DE PERSONNE DE CONFIANCE

Messieurs,

Selon les dispositions de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique, je soussigné(e) né(e) le à, désigne comme personne de confiance avec droit d'accès direct à mon dossier médical et à mon dossier administratif :

M. Mme. Melle
Adresse :
Téléphone fixe : Portable :

Monsieur/Madame/Mademoiselle pourra agir dans mon intérêt en exerçant tous les droits prévus à l'article L. 3211-3 du même code, selon ce qui est précisé au dernier alinéa de cet article.

Cette désignation restera valable jusqu'à révocation expresse de ma part, même en cas d'hospitalisations psychiatriques ultérieures à la présente en votre établissement ou un autre établissement dépendant du même secteur psychiatrique.

Fait et déposé à (hôpital), le

(Signature)

(Facultatif mais recommandé)
Signature de la personne de confiance