



Formulaire Désignation de la PERSONNE DE CONFIANCE

(au sens de l'article L1111-6 du Code de Santé Publique)

Je soussigné(e) :

Nom, prénoms :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance :

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms :

Adresse :

.....

Téléphone privé :

Professionnel : Portable :

E-mail :@.....

► Sachant que cette désignation est modifiable et révisable à tout moment, je souhaite que cette nomination (*):

- perdure uniquement le temps de mon hospitalisation
- soit à durée indéterminée

► Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer (*): oui non

► Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées (*):
oui non

Fait à : le :/...../.....

Signature :

Signature de la personne de confiance :

(*) Cocher la case correspondante

Vous êtes informé(e) que les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent formulaire font l'objet d'un traitement informatique ayant pour finalité les soins et la prise en charge des patients

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant et du droit de définir vos directives relatives au sort de ces données à caractère personnel après votre mort, que vous pouvez exercer en vous adressant à la direction générale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de NANCY, 29, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 54000 NANCY.