



RÉVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Dossier Usager
Septembre 2019

Je soussigné(e) :

Nom, Prénom : -----
Né(e) le ----- à -----

met fin à la désignation de :

Nom, Prénom -----
Né(e) le ----- à -----

Adresse -----

Tél. domicile -----
Tél professionnel -----
Tél portable -----
E-mail -----

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

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