

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

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

Témoin 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 :

Témoin 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 :

 05 55 43 10 05

 05 55.43.10.12

15 Rue du Dr Marcland
87025 Limoges Cédex