

Formulaire de révocation de la personne de confiance

**Je soussigné(e)**

Nom et prénom : .....

Né(e) le : .....

**Met fin à la désignation de**

Nom et prénom : .....

Né(e) le ..... à .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone fixe :..... professionnel : ..... 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 :