

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