

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 :