

## Je soussigné(e) :

Nom .....

Prénom .....

Née le .....

Domicilié(e) .....

.....

## Désigné

Nom, Prénoms .....

Adresse .....

.....

Téléphone privé : ..... professionnel : .....

Portable : ..... E-mail : .....

Comme **personne de confiance** pour m'assister et, si j'étais momentanément dans l'impossibilité de m'exprimer, être mon interlocuteur auprès des médecins et du corps soignant.

Fait à .....

Le .....

**Signature**

**Signature de la personne de confiance**