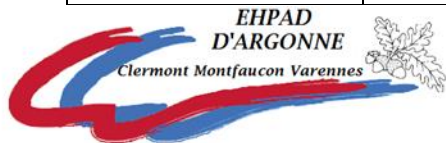


EHPAD D'Argonne	RES	DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE	Date de création : 10/01/2017	
			Date de mise à jour : 01/01/2019	
Date d'application : 01/01/2017		Codification du document : ADM - 9	Pages : 1	Annexe :



Siège social :

Site de Clermont : 10 rue Thiers
55120 CLERMONT EN ARGONNE
☎ 03.29.87.41.44
☎ 03.29.88.43.93

Site de Montfaucon :
3 place Général Pershing
55270 MONTFAUCON D'ARGONNE
☎ 03.29.85.19.79
☎ 03.29.85.12.69



Site de Varennes :
2 route de Cheppy
55270 VARENNES EN ARGONNE
☎ 03.29.80.71.24
☎ 03.29.80.72.11

Site internet : <http://ehpadargonne.com> @ contact@ehpadargonne.fr

Formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Désigne :

Nom et prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Qualité (lien de la personne) : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe professionnel / portable : _____

E-mail : _____

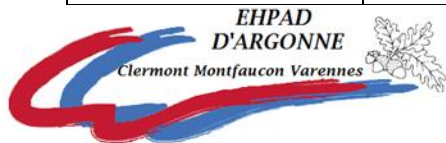
Comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à _____, le _____

Signature

Co-signature de la personne de confiance

EHPAD D'Argonne	RES	REVOCAION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE	Date de création : 10/01/2017		
			Date de mise à jour : 01/01/2019		
Date d'application : 01/01/2017		Codification du document : ADM - 10	Pages : 1	Annexe :	



Siège social :

Site de Clermont : 10 rue Thiers
55120 CLERMONT EN ARGONNE
☎ 03.29.87.41.44
☎ 03.29.88.43.93

Site de Montfaucon :
3 place Général Pershing
55270 MONTFAUCON D'ARGONNE
☎ 03.29.85.19.79
☎ 03.29.85.12.69



Site de Varennes :
2 route de Cheppy
55270 VARENNES EN ARGONNE
☎ 03.29.80.71.24
☎ 03.29.80.72.11

Site internet : <http://ehpadargonne.com> @ contact@ehpadargonne.fr

Formulaire de révocation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Met fin à la désignation de :

Nom et prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Qualité (lien de la personne) : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe professionnel / portable : _____

E-mail : _____

Comme personne de confiance en application de 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

EHPAD D'Argonne	RES	PERSONNE DE CONFIANCE	Date de création : 10/01/2017		
			Date de mise à jour : 01/01/2019		
Date d'application : 01/01/2017		Codification du document : ADM - 11	Pages : 1	Annexe :	



Siège social :

Site de Clermont : 10 rue Thiers
55120 CLERMONT EN ARGONNE

☎ 03.29.87.41.44

☎ 03.29.88.43.93

Site de Montfaucon :

3 place Général Pershing
55270 MONTFAUCON D'ARGONNE

☎ 03.29.85.19.79

☎ 03.29.85.12.69



Site de Varennes :

2 route de Cheppy
55270 VARENNES EN ARGONNE

☎ 03.29.80.71.24

☎ 03.29.80.72.11

Site internet : <http://ehpadargonne.com> @ contact@ehpadargonne.fr

Attestation à conserver par l'établissement relative à l'information sur la personne de confiance

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Fonction(s) dans [nom de l'établissement] : _____

Atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Attestation signée à _____ , le _____

**Signature du directeur ou de
son représentant**

**Co-signature de la personne
accueillie**