

<b>DIFFUSION</b> Médecins Unités de soins Cadres supérieurs de santé DIM	<b>RÉFÉRENCE</b> GDE-ENR-2017-0025	<b>DATE D'APPLICATION</b> Septembre 2017	<b>PAGE</b> Page 1 sur 1
---	---------------------------------------	---	-----------------------------

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance :

.....

*nomme la personne de confiance suivante :*

Nom, prénoms : .....

Adresse : .....

Téléphone privé : .....

professionnel : .....

portable : .....

E-mail : .....

→ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :  oui  non

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :  oui  non

Fait à : ..... le :

Signature

Signature de la personne de confiance