



FORMULAIRE DE REVOCATION 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) (prénom, nom) : _____

Né(e) le (date et lieu de naissance) : _____

Met fin à la désignation de (prénom, nom) : _____

Né(e) le (date et lieu de naissance) : _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Résidant (adresse) : _____

Tél. fixe : _____ Tel. Professionnel : _____ Tel. Portable : _____

Adresse 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