



LA REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

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 avec la personne) :

Adresse :

Téléphone fixe professionnel portable :

E-mail :

Que par la suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance

Fait à _____, le _____

Signature* :

* Si la personne ne peut pas signer, deux membres du personnel signent et attestent de la volonté du demandeur.

Réalisation & impression : reprographie du Centre Hospitalier de Mont de Marsan - mars 2017