

	<b>RÉVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE</b>	Dossier Patient Septembre 2019
---	---	-----------------------------------

Je soussigné(e) :

Nom, Prénom : -----

Né(e) le ----- à -----

met fin à la désignation de :

Nom, Prénom -----

Né(e) le ----- à -----

Adresse -----

-----

-----

Tél. domicile -----

Tél professionnel -----

Tél portable -----

E-mail -----

comme personne de confiance conformément à l'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique.

Par suite, cette personne cessera de remplir les missions de la personne de confiance.

Fait à, ----- le, -----

**Signature**