

En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné-e, futur-e stagiaire à Route Nouvelle,

- ❖ **NOM de naissance** :
- ❖ **NOM d'usage** :
- ❖ **PRÉNOM** :
- ❖ **DATE et LIEU de naissance** :
- ❖ **ADRESSE** :
.....
- ❖ **TÉLÉPHONE** :

Je déclare ne pas être actuellement sous mesure de tutelle. Dans le cas contraire, seul votre tuteur est désigné personne de confiance.

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

NOM :	
PRÉNOM :	
ADRESSE :	
TÉLÉPHONE :	

- Cette personne, légalement capable est :
 - Un proche Un parent Mon médecin
- J'ai écrit mes directives anticipées :
 - Oui Non
 - Si oui, la personne de confiance a un exemplaire signé de mes directives anticipées :
 - Oui Non (Si non : Merci de nous les transmettre le jour de l'entrée)

Stagiaire	Personne de confiance
Fait le :	Je certifie avoir été informé-e de ma désignation en qualité de personne de confiance.
Signature :	Fait, le :
	Signature :

Je souhaite être informé.e des conférences réalisées par l'Association Route Nouvelle sur le handicap psychique à destination de l'entourage. Adresse mail de la personne de confiance :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Je reconnais avoir été informé-e de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. À tout moment, je peux procéder à cette désignation que j'effectuerai par écrit.

Ces données sont collectées dans le cadre de la prise en charge au centre Route Nouvelle et seront utilisées selon la réglementation applicable (code de la santé publique). Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données. Votre contact : dpo@routenouvelle.fr