

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.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

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

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

**Je demande l'autorisation au juge des tutelles de 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 avec l'autorisation du juge des tutelles :

- 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 :	<b>Je certifie avoir été informé-e de ma désignation en qualité de personne de confiance.</b>
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](mailto:dpo@routenouvelle.fr)