
ATTESTATION D'INFORMATIONS DONNEES AU PATIENT / A LA PERSONNE et de son consentement éclairé concernant l'accompagnement par le DAPS-85

Je soussigné(e),

Profession :

en charge du/de la **patient.e / personne** ci-dessous :

NOM de naissance NOM d'usage : Prénom :

Né(e) le / / Ville de naissance :

Adresse

Code postal / Ville :

Coordonnées téléphoniques :

Personne à contacter si besoin :

NOM d'usage : Prénom :

Nature du lien :

Adresse :

Code postal / Ville :

Coordonnées téléphoniques :

Mail :

Certifie :

- avoir informé le.a patient.e / personne qu'un accompagnement par le DAPS-85 sera réalisé afin d'améliorer son suivi.
- que le.a patient.e / personne a donné son consentement oral à la transmission d'informations le/la concernant.
- que le/la représentant.e légale a donné son consentement oral à la transmission d'informations concernant le.a patient.e / personne

Date : / /

Signature et/ou cachet :

Attestation à retourner :

- **Par courrier** à : DAPS-85 - Bâtiment F – Technopolis - 50, rue Jacques-Yves Cousteau 85000 LA ROCHE SUR YON
 - **Par messagerie sécurisée** : daps85@esantepdl.mssante.fr
-

