

# FORMULAIRE – Attestation des témoins pour la rédaction des directives anticipées

**Si vous êtes dans l'incapacité physique d'écrire seul·e vos directives anticipées**, quelqu'un peut le faire pour vous devant 2 témoins : votre personne de confiance, famille, amis, collègues, professionnels qui vous suivent...

Les 2 témoins doivent remplir et signer ce document à joindre à vos directives anticipées.

## Témoin 1 - Je soussigné·e

Prénom NOM : .....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont l'expression de la volonté libre et éclairée de (*Prénom, NOM*) : .....

Mon lien avec la personne : .....

Fait à (*ville*) : .....

Le (*jour mois année*) : .....

Ma signature :

## Témoin 2 - Je soussigné·e

Prénom NOM.....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont l'expression de la volonté libre et éclairée de (*Prénom NOM*) : .....

Mon lien avec la personne : .....

Fait à (*ville*) : .....

Le (*jour mois année*) : .....

Ma signature :

Les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent formulaire font l'objet d'un traitement informatique ayant pour finalité les soins et la prise en charge des patients. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant et du droit de définir vos directives relatives au sort de ces données à caractère personnel après votre mort, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Direction générale du CHRU de NANCY 29, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 54000 NANCY.