

*FORMULAIRE*

***Demande de saisine d’une personne qualifiée
dans le secteur médico-social***

**1. Je soussigné(e) :**

[x] Madame, [x] Monsieur,

Nom :

Prénom :

Adresse :

**2. Demande la saisine d’une personne qualifiée en choisissant dans la liste des personnes qualifiées, disponible auprès de votre établissement ou sur le site internet de la Préfecture.**

Nom / Prénom :

**3. Pour faire valoir mes droits dans le différend concernant l’établissement ou le service médico-social suivant :**

Nom :

Adresse :

***Si vous êtes représentant légal de la personne, complétez l'encadré ci-dessous :***

Fait à : Signature :

Le :