

SAISINE D'UNE PERSONNE QUALIFIÉE

(formulaire à envoyer directement à la Personne qualifiée de votre choix)

Je soussigné(e) : Madame/Monsieur,

Nom :

Prénom :

Adresse :

Demande la saisine de :

Personne qualifiée, pour faire valoir mes droits dans le différend qui m'oppose à :

L'établissement social ou médico-social :

Nom :

Adresse :

Ou Service social ou médicosocial :

Nom :

Adresse :

Résumé des motifs de la saisine : *(ce résumé peut être accompagné d'un courrier plus détaillé et d'éventuels justificatifs).*

Fait à :

le :

Signature :