

Requête en mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète Saisine du juge des libertés et de la détention par la personne faisant l'objet de soins

(Article L.3211-12 du code de la santé publique)

Vous faites l'objet d'une mesure d'hospitalisation complète et souhaitez y mettre fin.

Nous vous invitons à lire attentivement la notice n° 52030 avant de remplir ce formulaire.

Votre identité :

Madame

Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) : _____

Votre nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Vos prénoms : _____

Vos date et lieu de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

à _____

Votre (ou vos) nationalité(s) : _____

Votre profession : _____

Votre adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

Numéro de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Votre avocat est Maître : _____

Son adresse: _____

Complément d'adresse: _____

Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

Son numéro de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Son numéro de télécopie : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Son adresse électronique : _____

Fait à

le

Votre signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) (prénom, nom) : _____
certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

Fait à : _____ Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires de ce formulaire.