

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

**1. Je soussigné(e) :**

Madame,  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.**

Nom / Prénom :

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

Nom :

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

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

**Déclare agir en tant que représentant légal de l'utilisateur ci-dessous nommé :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

A adresser à : Conseil départemental - Dispositif personnes qualifiées – service AGMD  
24 rue Saint Esprit 63000 CLERMONT-FERRAND :  
[personnesqualifiées63.agmd@puy-de-dome.fr](mailto:personnesqualifiées63.agmd@puy-de-dome.fr)

Fait à :

Le :

Signature : (tuteur ou usager)