

REGISTRO DE MANIFESTACIONES ANTICIPADAS DE
VOLUNTAD EN EL ÁMBITO SANITARIO DE CANARIAS ANTE
FUNCIONARIO DEL REGISTRO.

REVOCACIÓN DE REPRESENTANTE POR EL OTORGANTE

DATOS PERSONALES

OTORGANTE

Nombre:..... Apellidos:.....
DNI, NIE, Pasaporte:.....Sexo:.....
Dirección:
Población:.....CP:.....Teléfono:.....
Número de tarjeta sanitaria:.....
Correo electrónico.....

Por medio del presente escrito revoco el nombramiento de representante

REPRESENTANTE

Nombre:..... Apellidos:.....
DNI, NIE, Pasaporte:.....Sexo:.....
Dirección :
Población:.....CP:.....Teléfono:.....
Numero de tarjeta sanitaria:.....
Correo electrónico.....

para la manifestación del consentimiento informado en los casos previstos en el Decreto 13/2006,
de 8 de febrero.

LUGAR, FIRMA Y RÚBRICA

En..... a.....de.....de 20...

Firma y rúbrica