

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

DESIGNACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN DE  
REPRESENTANTES

DATOS PERSONALES

**REPRESENTANTE**

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

**Acepto la representación de**

**OTORGANTE**

Nombre:..... Apellidos:.....  
DNI, NIE, Pasaporte:.....Sexo:.....  
Numero de tarjeta sanitaria:.....  
Dirección : .....  
Población:.....CP:.....Teléfono:.....  
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 200...

Firma y rúbrica del

**Otorgante**

**Representante**