

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

RENUNCIA DE LA CONDICIÓN DE REPRESENTANTE

DATOS PERSONALES

REPRESENTANTE

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

Por medio del presente escrito renuncio a mi condición de representante 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