

## **REVOCACIÓN DE DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS ANTE PERSONAL HABILITADO O PROFESIONAL SANITARIO**

**NOTA IMPORTANTE:** Deberá presentar o adjuntar DNI, NIE o Pasaporte, **originales o fotocopias compulsadas** del otorgante

Yo, \_\_\_\_\_ **DNI / NIE/ o**  
**Pasaporte nº:** \_\_\_\_\_  
con domicilio en C/ \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Teléfono/s: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**MANIFIESTO** que tengo registrado un Documento de Voluntades Anticipadas en el Registro de Voluntades Anticipadas de Aragón con número de registro \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

De acuerdo con lo previsto en el Artículo 6 del DECRETO 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas.

**DECLARO: REVOCADO TODO DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS A MI NOMBRE OTORGADO CON ANTERIORIDAD A ESTE MOMENTO.**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del otorgante

**Acepto y consiento el tratamiento de los datos de carácter personal aquí contenidos**, de conformidad con lo dispuesto en los términos del Reglamento General de Protección de Datos UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. También autorizo la cesión de estos datos, con el fin de facilitar esta información al personal sanitario que me atienda cuando lo consideren necesario. Consulte todos los términos sobre Protección de datos en [www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/proteccion-datos](http://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/proteccion-datos)

### **DECLARACIÓN DE PERSONA HABILITADA**

El presente documento se formaliza ante **persona habilitada** abajo firmante, que **DECLARA:**

Ante mí (nombre y apellidos) \_\_\_\_\_ actuando

- como  profesional sanitario o de trabajo social del Servicio Aragonés de Salud
- como  funcionario del Servicio Provincial de Sanidad
- como  funcionario del Registro de Voluntades Anticipadas

con ejercicio profesional en (nombre del centro) \_\_\_\_\_  
ha sido constatada la identidad del otorgante, el cual firma el presente documento de manera consciente y, hasta donde es posible apreciar, voluntaria y libremente.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona habilitada

(Rev 15/12/2023)

Espacio para sello del Registro de Voluntades Anticipadas

### **REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS.**

Departamento de Sanidad. Vía Universitat, 36, 4.ª planta, 50017 Zaragoza