

## REVOCACIÓN DE DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS ANTE TESTIGOS

Deberán presentar o adjuntar DNI, NIE o Pasaporte, **originales o fotocopias compulsadas**, del otorgante y testigos.

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 \_\_\_\_\_ con 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.**

### DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

El presente documento se formaliza ante los **dos testigos** abajo firmantes, que **DECLARAN**:

1. Que son mayores de edad, con plena capacidad de obrar y **al menos uno de ellos sin relación de parentesco hasta el segundo grado y sin vínculos de relación patrimonial alguna** con el otorgante.
2. Que la persona que firma este documento de REVOCACIÓN de Voluntades Anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

#### PRIMER TESTIGO

D./D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_  
DNI/NIE/Pasaporte nº: \_\_\_\_\_

#### SEGUNDO TESTIGO:

D./D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_  
DNI/NIE/Pasaporte nº: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del primer testigo:

\_\_\_\_\_  
Firma del segundo testigo:

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

**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)

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

(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