



REVOCACIÓN DE DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS ANTE TESTIGOS

D/D ^a			
con DNI/NIE/Pasaporte	nacido/a el día	de	de
con domicilio en			
Localidad	Provincia		

MANIFIESTO que tengo conocimiento de:

La Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud, define la declaración de voluntades anticipadas como la manifestación escrita de una persona capaz que, actuando libremente, expresa las instrucciones que deban tenerse en cuenta acerca de la asistencia sanitaria que desea recibir en las situaciones en las que no pueda expresar personalmente su voluntad y sobre su cuerpo o los órganos del mismo.

En ejercicio de este derecho y declaro que soy mayor de edad, que actúo libremente y que no me encuentro incapacitado judicialmente para emitir esta declaración, tras una serena reflexión y, actuando libremente, realizo de forma documental mi declaración de voluntad anticipada, para lo cual

DECLARO:

Revocado todo documento de declaración de voluntades anticipadas formulado con anterioridad a este momento.

En, siendo las, del día de de

Fdo.:

(Nombre y apellidos)

Firma de los testigos:
1^{er} Testigo

2^o Testigo

3^{er} Testigo

NOTA: Los profesionales sanitarios deben comprobar si este documento es el último inscrito, consultando el Registro Informatizado (RDVA)



DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Los abajo firmantes, mayores de edad, y con plena capacidad de obrar, declaramos que conocemos al otorgante y que firma este documento en nuestra presencia de forma consciente sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Asimismo, los firmantes como testigos primero y segundo, declaramos no mantener ningún tipo de vínculo con el otorgante por parentesco de hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad, por matrimonio o por relación profesional o patrimonial alguna.

Testigo primero

Nombre y apellidos		
DNI, nº	con domicilio en	
Localidad	Provincia	CP.

Firma 1^{er} testigo:

Testigo segundo

Nombre y apellidos		
DNI, nº	con domicilio en	
Localidad	Provincia	CP.

Firma 2^o testigo:

Testigo tercero

Nombre y apellidos		
DNI, nº	con domicilio en	
Localidad	Provincia	CP.

Firma 3^{er} testigo:

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General Humanización y Atención Sociosanitaria
Finalidad	Gestión del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha y facilitar el acceso a la información en él contenida al personal sanitario responsable del proceso asistencial del paciente que hubiera realizado la declaración de voluntades anticipadas
Legitimación	6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 6/2005 de 7 de julio sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud
Destinatarios	Existe cesión de datos
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional	Disponible en la dirección electrónica: https://rat.castillalamancha.es/info/0186



Firma de los testigos:

1er Testigo

2º Testigo

3er Testigo

En, a de de

Firma del otorgante:

(Nombre y apellidos)

Espacio reservado

Punto del Registro/Oficina habilitada en
..... código dependencia.....

Identidad del otorgante acreditada:

- Personalmente Mediante poder de representación