

## REVOCACIÓN DE REPRESENTANTE POR EL OTORGANTE DE LA MANIFESTACIÓN ANTICIPADA DE VOLUNTAD

Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro

(\*) Campos obligatorios

### DATOS DEL OTORGANTE

Primer apellido: *	Segundo apellido:	Nombre: *				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
D.N.I./ N.I.E/PASAPORTE.: *	Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Sexo:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Tipo de vía:	Nombre de vía: *	Nº: *	Bloque:	Esc:	Piso:	Puerta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia: *	Municipio: *					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Código postal: *	Correo electrónico:	Nº Tarjeta sanitaria:				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

**Por medio del presente escrito revoco el nombramiento del representante**

### DATOS DEL REPRESENTANTE

Primer apellido*:	Segundo apellido:	Nombre*:				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
D.N.I / N.I.E/PASAPORTE*:	Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Sexo:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Tipo de vía:	Nombre de vía:	Nº:	Bloque:	Esc:	Piso:	Puerta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia:	Municipio:					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Código postal:	Correo electrónico:	Nº Tarjeta sanitaria:				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

**Solicita**

Le sea concedida la revocación del representante

En\* ..... a\* .....

Firma del otorgante

<b>Destinatario</b>	<b>El Sr./Sra. titular de la Consejería de Sanidad</b>
---------------------	--

**Comunicación al solicitante**

El tratamiento de los datos de carácter personal aquí recogidos se ceñirá a lo estipulado por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada Ley. Podrán cederse a los demás organismos públicos que directa o indirectamente intervengan en la tramitación del procedimiento, además de las cesiones previstas en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Consejería competente en materia de sanidad de la Administración de la Comunidad Autónoma, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la referida Ley.

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor a efectuar las consultas necesarias a otras administraciones públicas.

El titular se compromete a facilitar a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad toda la información que le sea requerida con finalidad inspectora, de control o evaluación del centro o servicio cuyos datos figuran en este documento, para el cual ha solicitado la correspondiente autorización.