

**DECLARACIÓN DE RENUNCIA  
DEL REPRESENTANTE**

D./ Dña. \_\_\_\_\_

con DNI \_\_\_\_\_ nacido el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

y, por lo tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar y con domicilio en

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono/s \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_, tomo la decisión de expresar documentalmente mi deseo de RENUNCIAR a mi condición de Representante que en su día acepté a fin de hacer efectiva la aplicación de las Voluntades anticipadas que D./Dña \_\_\_\_\_

con DNI \_\_\_\_\_ Otorgó con fecha \_\_\_\_\_ de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 4/2008, de 23 de enero, que regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente en el Principado de Asturias.

Lugar, fecha y firma del representante

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

FIRMA

