A LA CONSELLERÍA DE SANIDAD

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL **TESTIGO Nº1** EN RELACIÓN AL TESTAMENTO VITAL OTORGADO POR……………. ( nombre y apellidos del otorgante)

Yo…………..Nombre y apellidos del testigo:

Con DNI, Pasaporte, NIE Nº……………… ( del testigo)

Con domicilio en…………………… ( del testigo)

DECLARO RESPONSABLEMENTE en presencia de D/Dª ( nombre y apellidos del otorgante):

Que soy mayor de edad y tengo plena capacidad de obrar. No tengo relación de parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad ni estoy vinculado por matrimonio o análoga relación de afectividad, ni por relación patrimonial con el otorgante del testamento vital. Actúo libremente y firmo esta declaración ante el otorgante del testamento vital.

y para que conste, firmamos la presente en ( lugar) a ( fecha)

Firma del testigo firma del otorgante del testamento

DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL **TESTIGO Nº2** EN RELACIÓN AL TESTAMENTO VITAL OTORGADO POR……………. ( nombre y apellidos del otorgante)

Yo…………..Nombre y apellidos del testigo:

Con DNI, Pasaporte, NIE Nº……………… ( del testigo)

Con domicilio en…………………… ( del testigo)

DECLARO RESPONSABLEMENTE en presencia de D/Dª ( nombre y apellidos del otorgante):

Que soy mayor de edad y tengo plena capacidad de obrar. No tengo relación de parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad ni estoy vinculado por matrimonio o análoga relación de afectividad, ni por relación patrimonial con el otorgante del testamento vital. Actúo libremente y firmo esta declaración ante el otorgante del testamento vital.

y para que conste, firmamos la presente en ( lugar) a ( fecha)

Firma del testigo firma del otorgante del testamento

DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL **TESTIGO Nº3** EN RELACIÓN AL TESTAMENTO VITAL OTORGADO POR……………. ( nombre y apellidos del otorgante)

Yo…………..Nombre y apellidos del testigo:

Con DNI, Pasaporte, NIE Nº……………… ( del testigo)

Con domicilio en…………………… ( del testigo)

DECLARO RESPONSABLEMENTE en presencia de D/Dª ( nombre y apellidos del otorgante):

Que soy mayor de edad y tengo plena capacidad de obrar. No tengo relación de parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad ni estoy vinculado por matrimonio o análoga relación de afectividad, ni por relación patrimonial con el otorgante del testamento vital. Actúo libremente y firmo esta declaración ante el otorgante del testamento vital.

y para que conste, firmamos la presente en ( lugar) a ( fecha)

Firma del testigo firma del otorgante del testamento

|  |
| --- |
| Domo Acción Galicia no se hace responsable del uso indebido de este documento y aconseja que ante las dificultades o dudas, sobre el contenido del testamento vital o los pasos a dar ante la Administración, acudir a un profesional del Derecho para la ayuda que pudiera precisar en la materialización del testamento vital. |