

SOLICITUD

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA

1 DATOS PERSONALES DEL AUTOR DE LA DECLARACIÓN / SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI
FECHA DE NACIMIENTO	DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	C. POSTAL	

2 DATOS PERSONALES DEL TESTIGO QUE FIRMA A SU RUEGO (1)	
APELLIDOS Y NOMBRE	DNI

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA
<input type="checkbox"/> Declaración de voluntad vital anticipada (Anexo VIII). <input type="checkbox"/> Aceptación del representante y, en su caso, documento acreditativo de su personalidad (Anexo IX) <input type="checkbox"/> Aceptación del sustituto del representante, y en su caso, documento acreditativo de su personalidad (Anexo X) <input type="checkbox"/> En caso de menor emancipado, copia del documento judicial que autorice la emancipación. <input type="checkbox"/> En caso de persona incapacitada judicialmente, resolución judicial de incapacitación.

4 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud,</p> <p>AUTORIZO, en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal:</p> <p>Primero.- La cesión de los datos de carácter personal contenidos en la declaración de voluntades vitales anticipadas al profesional médico responsable de su proceso. Segundo.- La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.</p> <p>SOLICITO la inscripción en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía de la Declaración de Voluntad Vital Anticipada que se acompaña, en los términos y con el alcance que se determina en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, y en el Decreto /, de de por el que se regula el citado Registro.</p> <p><input type="checkbox"/> Se solicita la expedición de copia certificada de la Declaración (marcar con "x" en su caso).</p> <p>En a de de EL SOLICITANTE O TESTIGO (1)</p> <p>Fdo.:</p> <p>Ante mí, constatada la personalidad y capacidad del autor. (2)</p> <p>(Sello) EL/LA ENCARGADO/A DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA</p> <p>Fdo.:</p> <p>(1) A cumplimentar en el supuesto de que el autor de la declaración no supiere o no pudiese firmar. (2) Suscribir en los supuestos de presentación de solicitudes en los términos del artículo 4.1 del Decreto citado.</p>

SR/SRA. ENCARGADO/A DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA.
DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SALUD EN

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impresso/formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante la Viceconsejería de la Consejería de Salud.

