

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA

Decreto / de de (BOJA nº de fecha

1 DATOS DE LA PERSONA OTORGANTE DE LA DECLARACIÓN / SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI/NIE/PASAPORTE Nº
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		DOMICILIO
LOCALIDAD		PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (Sólo si es distinto del anterior)			
LOCALIDAD		PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	

2 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA	
<input type="checkbox"/>	Declaración de voluntad vital anticipada. (Anexo II)
<input type="checkbox"/>	Aceptación de la persona representante y, en su caso, documento acreditativo de su personalidad. (Anexo III)
<input type="checkbox"/>	Aceptación de la persona sustituta del representante, y en su caso, documento acreditativo de su personalidad. (Anexo IV)
<input type="checkbox"/>	En caso de persona menor de edad emancipada, documento que acredite la emancipación.
<input type="checkbox"/>	En caso de persona incapacitada judicialmente, resolución judicial de incapacitación.

3 EN CASO DE QUE LA PERSONA OTORGANTE NO PUEDA FIRMAR (1)	
Identificación de la persona que ejerce de testigo que firma a su ruego	
APELLIDOS Y NOMBRE	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
DNI / PASAPORTE	
FIRMA	

4 DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.	
AUTORIZO , en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal:	
Primero. - La cesión de los datos de carácter personal contenidos en la declaración de voluntad vital anticipada a los/las profesionales sanitarios/as implicados/as en mi proceso asistencial.	
Segundo. - La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.	

4 DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)

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, de declaración de voluntad vital anticipada, en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, y en sus desarrollos reglamentarios.

En a de de
SOLICITANTE O TESTIGO (1)

Fdo.:

Ante mi, constatada la personalidad y capacidad de la persona otorgante

RESPONSABLE DEL REGISTRO DE VOLUNTADES
VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCIA (Sello)

Fdo.:

(1) A cumplimentar en el supuesto de que la persona otorgante de la declaración no supiere o no pudiese firmar.

RESPONSABLE DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA**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/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero parcialmente automatizado de 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 las sedes habilitadas del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.