

## SOLICITUD

## INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA

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

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

<b>3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)</b>
<input type="checkbox"/> Declaración de voluntad vital anticipada (Anexo II). <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la personalidad del solicitante. <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la personalidad del representante y aceptación del mismo, en su caso (Anexo III). <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la personalidad del sustituto del representante y aceptación del mismo, en su caso (Anexo IV). <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.

<b>4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
<p><b>DECLARO</b> bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud,</p> <p><b>AUTORIZO</b>, en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal:  Primer.- 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><b>SOLICITO</b> 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/impreso/formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. 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.