

Centro receptor de la solicitud:
Fecha: ..... / ..... / .....
Espacio reservado para firma y sello (sello)
Fdo.: .....

**REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA  
SOLICITUD DE VISITA DOMICILIARIA**

<b>1 DATOS PERSONALES DEL INTERESADO/A</b>		
NOMBRE Y APELLIDOS		EDAD
Nº TARJETA SANITARIA, si tiene	TIPO DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	Nº DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

<b>2 AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD</b>
<p><b>2.1.- DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA</b></p> <p>NOMBRE Y APELLIDOS .....</p> <p>TIPO DOCUMENTO IDENTIFICATIVO ..... Nº DOCUMENTO IDENTIFICATIVO .....</p> <p><b>2.2.- AUTORIZACIÓN</b></p> <p>Autorizo a D/Dª .....</p> <p>a presentar esta solicitud en mi nombre y a mediar en la consecución de cita para la visita domiciliar que preciso para presentar solicitud de inscripción en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía de mi declaración de voluntad vital anticipada.</p> <p>A efectos de acreditación de la incapacidad para presentar la solicitud personalmente, se adjunta el correspondiente informe clínico.</p> <p>En ..... a ..... de ..... de .....</p> <p>Fdo.: .....</p>

<b>3 DATOS DE CONTACTO</b>
<p>TELÉFONOS ..... / .....</p> <p>FAX ..... CORREO ELECTRÓNICO .....</p>

<b>4 SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
<p><b>SE SOLICITA</b> el desplazamiento del encargado/a del Registro al domicilio que se cita a continuación para presentar solicitud de inscripción de la declaración de voluntad vital anticipada.</p> <p>DOMICILIO .....</p> <p>LOCALIDAD ..... PROVINCIA .....</p> <p>EN CASO DE CENTRO SANITARIO, DENOMINACIÓN .....</p> <p>En ..... a ..... de ..... de .....</p> <p>EL/LA INTERESADO/A</p> <p>Fdo.: .....</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.

001007/VD