

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL
DOCUMENTO DE EXPRESION ANTICIPADA DE VOLUNTADES**

1 DATOS PERSONALES DE LA PERSONA OTORGANTE		
APELLIDOS Y NOMBRE		DNI / PASAPORTE / PERMISO DE RESIDENCIA
FECHA DE NACIMIENTO	PAIS DE NACIMIENTO	CODIGO IDENTIFICACION PERSONAL. CIP (Cumplimentar con 16 caracteres) □□□□ □□□□□□□□□□ □□
TELÉFONO	DOMICILIO	
LOCALIDAD		PROVINCIA
CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRONICO	

2 DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Rellenar si lo hubiere) ⁽¹⁾		
APELLIDOS Y NOMBRE		DNI / PASAPORTE / PERMISO DE RESIDENCIA
TELÉFONO	DOMICILIO	
LOCALIDAD		PROVINCIA
CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRONICO	

3 DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA		
<input type="checkbox"/> DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA. (si se formula ante tetigos) <input type="checkbox"/> DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA PERSONALIDAD DEL AUTOR/SOLICITANTE. <input type="checkbox"/> DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA PERSONALIDAD DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> PODER DE REPRESENTACIÓN PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD (en su caso) <input type="checkbox"/> DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA PERSONALIDAD DE LOS TRES TESTIGOS (en su caso) <input type="checkbox"/> COPIA AUTORIZADA DEL NOTARIO (si se formula ante el mismo) <input type="checkbox"/> DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (en su caso) <input type="checkbox"/> DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA PERSONALIDAD DEL REPRESENTANTE (en su caso) <input type="checkbox"/> OTROS		

4 EXPOSICIÓN		
<p>DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente declaración y, en su caso, que los testigos y/o el representante tienen la capacidad necesaria y no incurrir en la incompatibilidades establecidas en el Capítulo II de la Ley 3/2005, de 8 de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en el que se promulgan los derechos de los ciudadanos a la información, honor e intimidad y al principio de autonomía de la voluntad del paciente.</p>		

AUTORIZO al Registro de Expresión Anticipada de Voluntades, a facilitar:

Primero: Copia de lo datos contenidos en el documento por mi otorgado, al Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias a través del Teléfono único Europeo de Urgencias 112, al objeto de que lo transmitan únicamente al medico o equipo sanitario que me atiendan el momento en que, por mi situación, no pueda expresar personalmente mi voluntad y sea preciso adoptar decisiones clínicas relevantes.

Segundo: A los profesionales de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, de la Comunidad Autónoma de Extremadura, el conocimiento de que existe el documento de expresión anticipada de voluntades otorgado por mí, aunque en ningún caso se facilite su contenido.

Tercero: La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas y/o a otros Registros de similares características de otras Comunidades Autónomas.

5 SOLICITUD

SOLICITO:

- Inscripción en el Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura.
- Modificación del documento de voluntades anticipadas inscrito.
- Sustitución del documento de voluntades anticipadas inscrito.
- Revocación del documento de voluntades anticipadas inscrito.

En a de de

EL SOLICITANTE

Fdo.:	
-------	--

(Nombre y apellidos)

**EXCMO. SR. SECRETARIO GENERAL DE LA CONSEJERIA DE SANIDAD Y DEPENDENCIA
DE LA JUNTA DE EXTREMADURA**

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, y el Decreto 311/2007, de 15 de Octubre; la Consejería de Sanidad y Dependencia le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado de datos.

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 el Secretario General de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la junta de Extremadura.