**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE DATOS DEL DOCUMENTO INSCRITO EN EL**

**REGISTRO VASCO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS**

*Nombre y apellidos (otorgante)……………………………………………………………………………. ……………………….……….................................................................................................................*

*Nº del DNI, pasaporte u otro documento de identidad: ……...............................................................*

**SOLICITO** del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas la modificación de los siguientes datos:

**Otorgante**

*Dirección: ……………….......................................................................................................................*

*Código Postal: ........................... Población-Municipio: .......................................................................*

*Teléfono: ..............................................*

**Representante**

*Nombre y apellidos……………………………………………………………………………………………. ……………………….……….................................................................................................................*

*Nº del DNI, pasaporte u otro documento de identidad: ……...............................................................*

*Dirección: ……………….......................................................................................................................*

*Código Postal: ........................... Población-Municipio: .......................................................................*

*Teléfono: ..............................................*

**ACREDITO** mi derecho de modificación de datos solicitada mediante la copia de mi DNI / pasaporte / NIE que adjunto a esta petición.

*(Lugar, fecha y firma de la persona otorgante)*

*En …………………………………………………………..…, a …. de ……………. de …….*

*FIRMA*

SR./SRA. DIRECTOR/A DE ASEGURAMIENTO Y CONTRATACIÓN SANITARIAS. DEPARTAMENTO DE SALUD.

*En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos personales que se precise obtener de esta solicitud y de los documentos adjuntados a la misma, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado de datos, denominado* “Registro vasco de voluntades anticipadas”*, que tiene como fin garantizar el ejercicio y efectos del derecho a otorgar voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad. Los datos serán cedidos a las personas indicadas en este formulario y al Registro* Nacional de Instrucciones Previas. *Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitarias del Departamento de Salud que tiene su sede en la calle Donostia - San Sebastián, 1 • 01010 Vitoria-Gasteiz.*