**SOLICITUD DE COPIA DE DOCUMENTO INSCRITO EN EL**

**REGISTRO VASCO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS**

*Nombre y apellidos de la persona solicitante: ………………………………………………………….. ……………………….……….................................................................................................................*

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

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

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

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

En calidad de *(márquese con una X lo que proceda)* □ otorgante □ representante

**SOLICITO** del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas una copia de *(márquese con una X lo que proceda)* □ el documento de voluntades anticipadas

□ la resolución de inscripción del documento de voluntades anticipadas

otorgado por *(nombre y apellidos de la persona otorgante)* …………………………………………………. ……………………………………………………….……………. con DNI nº: ……………………………

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

**COMPRENDO Y ACEPTO** que cualquier difusión por mi parte del contenido de la copia solicitada de mi documento quedará bajo mi entera responsabilidad.

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

*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.*