**SOLICITUD DE PRIMERA INSCRIPCIÓN DEL OTORGAMIENTO**

**DE UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS**

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

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

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

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

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

**SOLICITO** la inscripción en el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas del documento de voluntades anticipadas adjunto a esta solicitud.

**DECLARO** conocer que el Registro de Voluntades Anticipadas únicamente transmitirá el contenido del documento a mi/s representante/s en el momento en que lo solicite/n, y al médico que me esté atendiendo en el momento en que, por mi situación, no me sea posible expresar mi voluntad y sea preciso adoptar decisiones clínicas relevantes.

*(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.*