

**SOLICITUD DE PRIMERA INSCRIPCIÓN DEL OTORGAMIENTO  
DE UN DOCUMENTO 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: .....

.....

**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 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.