

MODELO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Nombre y apellidos: ⁽¹⁾ _____

D.N.I.: _____ Fecha nacimiento: _____

Dirección: _____

Población _____ Código Postal: _____

Teléfono/s: _____

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS:

1. Manifiesto que en fecha _____ he otorgado documento de voluntades anticipadas ante:

Notario / Testigos **(tachar lo que no proceda)**,

en presencia de las personas siguientes que actúan en calidad de testigos **(sólo en el caso de haberse realizado ante testigos)**:

Testigo 1.

Nombre y apellidos: _____

D.N.I.: _____ Fecha nacimiento: _____

Dirección: _____

Testigo 2.

Nombre y apellidos: _____

D.N.I.: _____ Fecha nacimiento: _____

Dirección: _____

Testigo 3.

Nombre y apellidos: _____

D.N.I.: _____ Fecha nacimiento: _____

Dirección: _____

2. He designado un **representante** que me sustituirá en el caso de no poder expresar mi voluntad con relación a las decisiones asistenciales que afecten a mi persona (sólo si se ha designado en el documento de voluntades anticipadas), que es:

Nombre y apellidos: _____

D.N.I.: _____ Fecha nacimiento: _____

Dirección: _____

Población _____ Código Postal: _____

Teléfono/s: _____

3. Con el fin de facilitar el acceso del personal sanitario a esta información y al contenido del documento de voluntades anticipadas cuando lo consideren necesario,
Solicito la inscripción del documento de voluntades anticipadas que aquí acompaño en el Registro de Voluntades Anticipadas del Servicio Aragonés de Salud, indicando que la inscripción supone:

- Primer documento de voluntades anticipadas.
- Revocación parcial de un documento de voluntades anticipadas anteriormente inscrito.
- Revocación total de un documento de voluntades anticipadas anteriormente inscrito, sin sustituirlo.
- Sustitución del documento de voluntades anticipadas anterior.

Declaro, bajo mi responsabilidad, que el documento de voluntades anticipadas que aquí se acompaña se ajusta en su contenido y en las exigencias formales a la Ley 6/2002 de 15 de abril, y en concreto que los testigos y el representante en su caso tienen la capacidad necesaria y no incurren en la incompatibilidad que la Ley establece.

Esta solicitud implica la autorización para la cesión de los datos de carácter personal contenidos en el documento de voluntades anticipadas al profesional médico responsable, en los términos de la Ley 6/2002 de 15 de abril y del presente Reglamento.

En señal de conformidad, firmo este documento en

_____, a ____ de _____ de _____

Firmado: El interesado/a

ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

(1) Señalar si se actúa en calidad de otorgante, representante legal, familiar o allegado.

Estos datos serán incorporados al fichero «Registro de Voluntades Anticipadas de Aragón». Para ejercer el derecho de acceso, rectificación y/o cancelación, el Órgano de la Administración responsable del mismo es el Servicio Aragonés de Salud.