



ANEXO I

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA AUTORA DE LA DECLARACIÓN/SOLICITANTE

Nombre	<input type="text"/>	1 ^{er} Apellido	<input type="text"/>	2 ^o Apellido	<input type="text"/>
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento <input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>	País de nacimiento:	<input type="text"/>	Nº tarjeta sanitaria	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				

DATOS PERSONALES DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD

(En caso de no coincidir con la persona autora de la declaración)

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre:	<input type="text"/>	1 ^o Apellido:	<input type="text"/>	2 ^o Apellido:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

Solo se admitirá la presentación "ON-LINE" a través de sede electrónica a los notarios y a la persona que disponga de poder representativo específico otorgado por cualquier medio válido en derecho.

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN

- Correo postal *(De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no están obligados a la notificación electrónica)*
- Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos)*



INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</i>
Finalidad	<i>Gestionar el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha y facilitar el acceso a la información en él contenida al personal sanitario responsable del proceso asistencial del paciente que hubiera realizado la declaración de voluntades anticipadas</i>
Legitimación	<i>Ejercicio de poderes públicos y cumplimiento de una obligación legal (Ley 6/2005 de 7 de julio sobre la declaración de voluntades anticipadas en materia de la propia salud)</i>
Destinatarios	<i>Existe cesión de datos</i>
Derechos	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
Información adicional	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>

DATOS DE LA SOLICITUD

EXPONE

Que al amparo de la legislación vigente:

SOLICITA:

- Inscripción en el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha
- Sustitución del documento de Voluntades Anticipadas inscrito.
- Revocación del documento de Voluntades Anticipadas inscrito

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

- Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal

AUTORIZACIONES

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería a través de los Puntos del Registro de Voluntades Anticipadas va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación

- NO:** Los acreditativos de identidad.
- NO:** Los acreditativos de residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR)



Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería a través de los Puntos del Registro de Voluntades Anticipadas va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentran en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:

Documento: [] presentado con fecha: [] ante la unidad: [] de la Consejería: []

Documento: [] presentado con fecha: [] ante la unidad: [] de la Consejería: []

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos

- Declaración de Voluntad Anticipada
Copia del documento acreditativo de la identidad del autor
Poder de representación para presentar esta solicitud
Copia del documento acreditativo de la identidad de los tres testigos
Documento de aceptación del representante
Copia del documento acreditativo de la identidad del representante/s
Otros []

1 Cumplimentar sólo cuando quien la presenta no sea el autor de la declaración

Firma (DNI electrónico o certificado válido)

En , a de de 20

SR. RESPONSABLE DEL PUNTO DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE CASTILLA-LA MANCHA DE *

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ALBACETE, CIUDAD REAL, CUENCA, GUADALAJARA, TOLEDO, HOSPITAL GRAL DE VILLARROBLEDO, HOSPITAL GRAL LA MANCHA CENTRO, HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA, HOSPITAL SANTA BÁRBARA, HOSPITAL GRAL DE TOMELLOSO, HOSPITAL GUTIÉRREZ ORTEGA, INSTITUTO CIENCIAS DE LA SALUD, HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS

* En los casos en los que la tramitación se pueda realizar "ON-LINE" sólo se podrá remitir a las Direcciones Provinciales