

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

ACEPTACIÓN DE LA PERSONA QUE ACTÚA COMO REPRESENTANTE

Decreto / de de (BOJA nº de fecha )

D/Dª: con DNI/NIE PASAPORTE Nº:
nacido/a el día de de sexo H M , con domicilio en
Localidad Provincia Código Postal
Pais Teléfonos de contacto
Correo electrónico

Acepto representar a:

D/Dª: con DNI/NIE PASAPORTE Nº:
nacido/a el día de de sexo H M , con domicilio en
Localidad Provincia Código Postal
Pais Teléfonos de contacto
Correo electrónico

La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.

NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

Asumo que mis funciones son:

- Buscar siempre el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represento.
- Velar para que, en las situaciones clínicas contempladas en la Declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represento haya dejado establecidas.
- Tener en cuenta los valores u opciones vitales recogidos en la Declaración de la persona a la que represento, para así presumir su voluntad en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en la Declaración de Voluntad Vital Anticipada.
- Respetar las indicaciones que la persona a la que represento haya establecido respecto al ejercicio de mi función de representante.

LUGAR Y FECHA

En a (1) de

Firma y rúbrica:
(1) Consignar la fecha con letra

Fdo.:

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero parcialmente automatizado de Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante las sedes habilitadas del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.