

Solicitud de inscripción en el Registro de voluntades anticipadas de documentos otorgados en presencia de testigos

Datos de la persona solicitante

Nombre y apellidos		NIF/NIE	Fecha de nacimiento			
Tipo de vía	Nombre		Número			
Escalera	Piso	Puerta	Provincia	Comarca	Municipio	Código postal
Teléfono	Teléfono móvil	Sexo	Nacionalidad	Número de tarjeta sanitaria o CIP		

Datos de la persona representante (en el caso de que se haya designado)

Nombre y apellidos		NIF/NIE	Teléfono			
Tipo de vía	Nombre		Número			
Escalera	Piso	Puerta	Provincia	Comarca	Municipio	Código postal

Contenido del documento de voluntades anticipadas

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rechazo de la transfusión sanguínea | <input type="checkbox"/> Donación del cuerpo a la ciencia |
| <input type="checkbox"/> Donación de órganos | <input type="checkbox"/> Otros |

Solicitud

Solicito la inscripción en el Registro de voluntades anticipadas de:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> El documento de voluntades anticipadas | <input type="checkbox"/> El nuevo documento de voluntades anticipadas que sustituye al inscrito anteriormente |
| <input type="checkbox"/> La revocación del documento de voluntades anticipadas inscrito anteriormente | |

Declaración responsable

Declaro:

- Que el documento de voluntades anticipadas que adjunto se ajusta, tanto por su contenido como por el cumplimiento de las exigencias formales, a la [Ley 21/2000](#), de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. Por lo tanto, las personas que actúan como testigos y, si procede, la persona representante poseen la capacidad necesaria y que los testigos no incurrir en la incompatibilidad que la Ley establece.
- Que autorizo la cesión de los datos de carácter personal contenidos en el documento de voluntades anticipadas al personal médico responsable, en los términos que prevee la [Ley 21/2000](#), de 29 de diciembre.
- Que los datos especificados en esta solicitud y en la documentación que se adjunta son exactos.

Municipio	Fecha
Firma de la persona solicitante	

Documentación que se debe adjuntar a la solicitud

- Fotocopias **compulsadas** de los DNI de la persona solicitante y de las tres personas que actúan como testigos.
 - Documento de voluntades anticipadas **firmado** por la persona solicitante, los tres testigos y, si se ha designado, por la persona representante.
-

Órganos ante los que se pueden presentar las solicitudes

Sin perjuicio de lo que dispone el artículo 25 de la Ley 26/2010, de 3 de agosto, de régimen jurídico y de procedimiento administrativo de las administraciones públicas de Cataluña, las solicitudes se pueden presentar en:

- Todos los centros sanitarios de Cataluña (centros de atención primaria, cualquier hospital o centro sociosanitario, etc.)
 - Oficina de Atención Ciudadana en Barcelona, c. de Sant Honorat, 1-3, 08002 Barcelona
 - Oficina de Atención Ciudadana en Girona, pl. de Pompeu Fabra, 1, 17002 Girona
 - Oficina de Atención Ciudadana en les Terres de l'Ebre, c. de Jaume I, 2-4, 43870 Amposta
 - Oficina de Atención Ciudadana en la Cerdanya, pl. del Rec, 5, 17520 Puigcerdà
 - Delegación Territorial del Gobierno de la Generalitat en Lleida, c. de Lluís Companys, 1, 25003 Lleida
 - Delegación Territorial del Gobierno de la Generalitat en Tarragona, c. de Sant Francesc, 3, 43003 Tarragona
 - Departamento de Salud, travessera de les Corts, 131-159, pavellón Ave María, 08028 Barcelona
-

Información complementaria del trámite

1. Las solicitudes de inscripción deben ser resueltas y notificadas en el plazo de tres meses desde la fecha de entrada en la Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios. Transcurrido este plazo establecido sin que se le haya notificado una resolución expresa, la solicitud se entiende estimada.
2. En aplicación del artículo 5 de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, el Departamento de Salud le informa que los datos de carácter personal que facilite en esta solicitud se incluirán en el fichero "Registre de voluntats anticipades" de este Departamento. La finalidad de la recogida de los datos es facilitar el acceso del personal médico responsable de la asistencia de una persona enferma a conocer si ésta ha otorgado un documento de voluntades anticipadas y a su contenido. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos que suministre dirigiéndose por escrito al Departamento de Salud, travessera de les Corts, 131-159, pavellón Ave María, 08028 Barcelona.