



## INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE MANIFESTACIONES ANTICIPADAS DE VOLUNTAD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro

### DATOS PERSONALES DEL AUTOR DE LA DECLARACIÓN / SOLICITANTE

DNI/NIE/Pasaporte				Nombre			
Primer apellido				Segundo apellido			
Sexo				Número de la tarjeta sanitaria			
Tipo de vía				Nombre vía			
Nº	Bloque		Escalera	Piso		Puerta	
Municipio				Provincia			
Código postal				Teléfono fijo			
Teléfono móvil				Fax			
Correo electrónico							

### DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE (Cuando la solicitud se presente por persona distinta al otorgante)

DNI/NIE/Pasaporte				Nombre			
Primer apellido				Segundo apellido			
Tipo de vía				Nombre vía			
Nº	Bloque		Escalera	Piso		Puerta	
Municipio				Provincia			
Código postal				Teléfono fijo			
Teléfono móvil				Fax			
Correo electrónico							

### EXPOSICIÓN

**DECLARO** bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.

**AUTORIZO** en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal:

Primero: La cesión de datos de carácter personal contenidos en el documento de manifestación anticipada de voluntad al profesional médico o equipo que me preste asistencia sanitaria en el momento en que, por mi situación, no me sea posible expresar mi voluntad y sea preciso adoptar decisiones clínicas relevantes.

Segundo: La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.



## SOLICITA

La inscripción en el Registro de Manifestaciones Anticipadas de Voluntad de la Comunidad Autónoma de Canarias

En\*

a\*

.....  
.....  
Firma de la persona solicitante o representante legal

Destinatario

SR./A RESPONSABLE DEL REGISTRO DE MANIFESTACIONES ANTICIPADAS DE VOLUNTAD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

## DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA

- Copia auténtica y fotocopia del documento de manifestación anticipada de voluntad
- Copia compulsada del documento acreditativo de la personalidad del otorgante
- Copia compulsada del documento acreditativo de la personalidad del representante y aceptación del mismo (en su caso)
- Copia compulsada del documento acreditativo de la personalidad del solicitante (en su caso)
- Copia compulsada del documento acreditativo de la personalidad del testigo (en su caso)

En caso de modificación o sustitución de la anterior manifestación anticipada de voluntad inscrita:

- Original firmado del documento de modificación o sustitución de la manifestación anticipada de voluntad
- Copia compulsada del documento acreditativo de que el representante designado anteriormente conoce el contenido de la modificación o sustitución y acepta el mandato (en su caso)
- Copia compulsada del documento acreditativo de la personalidad del nuevo representante y aceptación del mismo (en su caso)

### Comunicación al solicitante

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos personales obtenidos mediante el presente formulario se incorporarán para su tratamiento en un fichero automatizado. La recogida y tratamiento de estos datos se adaptará a lo previsto en dicha Ley y sólo con la finalidad de garantizar el derecho del otorgante a manifestar anticipadamente su voluntad en el ámbito sanitario en las circunstancias previstas en el Decreto que las regula.

### Para más información

Avenida Juan XXIII, nº 17, 5ª planta,  
35004-Las Palmas de Gran Canaria

Rambla Santa Cruz, nº 53  
38006 - Santa Cruz de Tenerife



Teléfono de Información del Gobierno de Canarias 012

<http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad>