

## Sol·licitud d'inscripció al Registre de voluntats anticipades de documents atorgats en presència de testimonis

### Dades de la persona sol·licitant

Nom i cognoms				NIF/NIE	Data de naixement	
Tipus de via		Nom			Número	
Escala	Pis	Porta	Província	Comarca	Municipi	Codi postal
Telèfon		Telèfon mòbil		Sexe	Nacionalitat	Número de targeta sanitària o CIP

### Dades de la persona representant *(en el cas que l'hàgiu designada)*

Nom i cognoms				NIF/NIE	Telèfon	
Tipus de via		Nom			Número	
Escala	Pis	Porta	Província	Comarca	Municipi	Codi postal

### Contingut del document de voluntats anticipades

<input type="checkbox"/> Refús de transfusió sanguínia	<input type="checkbox"/> Donació del cos a la ciència
<input type="checkbox"/> Donació d'òrgans	<input type="checkbox"/> Altres

### Sol·licitud

Sol·licito la inscripció en el Registre de voluntats anticipades de:

<input type="checkbox"/> El document de voluntats anticipades	<input type="checkbox"/> El nou document de voluntats anticipades que substitueix l'inscrit anteriorment
<input type="checkbox"/> La revocació del document de voluntats anticipades que vaig inscriure previàment	

### Declaració responsable

Declaro:

- Que el document de voluntats anticipades que adjunto s'ajusta, tant pel que fa al seu contingut com al compliment de les exigències formals, a la [Llei 21/2000](#), de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Per tant, les persones que actuen com a testimonis i, si escau, la persona representant gaudeixen de la capacitat necessària i que els testimonis no incorren en la incompatibilitat que la Llei estableix.
- Que autoritzo la cessió de les dades de caràcter personal contingudes en el document de voluntats anticipades al personal mèdic responsable, en els termes que preveu la [Llei 21/2000](#), de 29 de desembre.
- Que les dades especificades en aquesta sol·licitud i en la documentació que s'adjunta són exactes.

Municipi \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signatura de la persona sol·licitant

### **Documentació que cal adjuntar a la sol·licitud**

- Fotocòpies **compulsades** dels DNI de la persona sol·licitant i de les tres persones que actuen com a testimonis.
- Document de voluntats anticipades **signat** per la persona sol·licitant, els tres testimonis i, si s'ha designat, per la persona representant.

### **Òrgans davant dels quals es poden presentar les sol·licituds**

Sens perjudici del que disposa l'article 25 de la Llei 26/2010, de 3 d'agost, de règim jurídic i de procediment administratiu de les administracions públiques de Catalunya, les sol·licituds es poden presentar a:

- Tots els centres sanitaris de Catalunya (centres d'atenció primària, qualsevol hospital o centre sociosanitari, etc.)
- Oficina d'Atenció Ciutadana a Barcelona, c. de Sant Honorat, 1-3, 08002 Barcelona
- Oficina d'Atenció Ciutadana a Girona, pl. de Pompeu Fabra, 1, 17002 Girona
- Oficina d'Atenció Ciutadana a les Terres de l'Ebre, c. de Jaume I, 2-4, 43870 Amposta
- Oficina d'Atenció Ciutadana a la Cerdanya, pl. del Rec, 5, 17520 Puigcerdà
- Delegació Territorial del Govern de la Generalitat a Lleida, c. de Lluís Companys, 1, 25003 Lleida
- Delegació Territorial del Govern de la Generalitat a Tarragona, c. de Sant Francesc, 3, 43003 Tarragona
- Departament de Salut, travessera de les Corts, 131-159, pavelló Ave Maria, 08028 Barcelona

### **Informació complementària del tràmit**

1. Les sol·licituds d'inscripció s'han de resoldre i notificar en el termini de tres mesos des de la data d'entrada a la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Transcorregut el termini establert sense que se us hagi notificat cap comunicació expressa, la sol·licitud s'entén estimada.
2. En aplicació de l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, el Departament de Salut us informa que les dades de caràcter personal que faciliteu en aquesta sol·licitud s'inclouran en el fitxer "Registre de voluntats anticipades" d'aquest Departament. La finalitat de la recollida de les dades és facilitar l'accés al personal mèdic responsable de l'assistència d'una persona malalta a conèixer si aquesta ha atorgat un document de voluntats anticipades i al seu contingut. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades que subministreu adreçant-vos per escrit al Departament de Salut, travessera de les Corts, 131-159, pavelló Ave Maria, 08028 Barcelona.