

# DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LOS DATOS

(EN CASO DE FORMALIZACIÓN ANTE TRES TESTIGOS)

Nombre y apellidos de la persona otorgante: .....

Nº del DNI, Pasaporte u otro documento de identidad: .....

DECLARO que al menos dos de los testigos ante los que formalizo el Documento de Instrucciones Previas no están ligados conmigo por razón de matrimonio, pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, ni por relación patrimonial alguna.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del otorgante: .....

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
<b>Responsable</b>	<i>Dirección general de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; C/Pinares, 6, CP 30001 Murcia</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y cumplimentación de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud y el Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; C/Pinares, 6, CP 30001 Murcia</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Cesión de datos contenidos en los documentos de instrucciones previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas</i>