

Jo _____, nascut/da el ____ / ____ / _____,
SIP _____ major d'edat, amb Document d'Identitat: DNI PASSAPORTE NIE N°: _____,
amb domicili _____,
Localitat _____, CP _____, Província _____.

En plenitud de les meues facultats, actuant lliurement i després d'una adequada reflexió, sobre la base de la normativa vigent declare que si en el futur **la meua salut es deteriora de forma irreversible, fins al punt d'impedir-me prendre decisions sobre les cures i el tractament que desitge rebre**, considere que el major benefici per a mi és finalitzar la meua vida com més prompte millor. En el cas que existiren dubtes sobre la irreversibilitat de la meua incapacitat per a decidir, vull deixar clar que tal possibilitat no modifica la meua decisió ferma de no suportar una vida en la qual depenga d'altres persones per a les activitats de la vida diària. Per açò, exigisc que es respecten els meus valors i la meua dignitat, d'acord amb les següents instruccions prèvies, voluntats anticipades o testament vital:

- 1. Rebutge tot tractament**, intervenció o procediment que contribuïska a mantenir la meua vida: tècniques de suport vital, fluids intravenosos, fàrmacs (inclosos els antibiòtics), hidratació o alimentació artificial (per sonda nasogàstrica o gastrostomia), marcapassos o desfibril·lador. Cas de malaltia afegida o dany cerebral amb possibilitat de recupera la capacitat per a expressar-me, però amb una vida dependent, sol·licite una adequació de l'esforç terapèutic que em permeta morir amb dignitat.
- Sol·licite que se m'administren els fàrmacs adequats, en les dosis necessàries, per a induir-me una **sedació pal·liativa profunda i mantinguda** fins a la meua defunció, un estat en el qual, segons el parer del meu representant, no existisca cap sofriment físic o psíquic, fins i tot quan aquest tractament pugua escurçar la meua vida.
- Si per la meua deterioració cognitiva necessitara **l'ajuda d'una altra persona per a beure i/o menjar**, és la meua voluntat **renunciar a aqueixa ajuda**, per la qual cosa no desitge ser alimentat, ni hidratat per altres persones, siga amb cullera o per qualsevol un altre mitjà, rebent les cures de confort que alleugen els símptomes que pogueren aparèixer durant el meu procés de deterioració per inanició i deshidratació (sequedat de boca, intranquil·litat, agitació, dolor...), permetent-me morir en pau.
- Si la legislació regula el dret a morir amb dignitat mitjançant l'eutanàsia, **és la meua voluntat no perllongar la meua situació d'incapacitat i morir de forma ràpida i indolora**, de conformitat amb la regulació establida a aquest efecte.
- Si algun/a professional responsable de la meua assistència es declararà **objector/a de consciència** pel que fa a alguna d'aquestes instruccions, sol·licite que siga **substituit/da per un altre/a professional**, garantint així el meu dret al fet que es respecte la meua voluntat.

DESIGNACIÓ DE REPRESENTANT (OPCIONAL) (El representant no pot ser testimoni)

DESIGNE com el meu representant a:

REPRESENTANT	Nom i cognoms: _____
	Documento d'Identitat: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> PASSAPORTE <input type="checkbox"/> NIE N°: _____
	Domicili: _____
	Localitat: _____ CP: _____ Província: _____
	Telèfon/s: _____ / _____ Mail: _____
	Signatura: <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><p>ACCEPTE la designació com a representant de la persona otorgante del com estableix la legislació. D'acord amb la Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, consentisc el tractament de les meues dades personals per part del Registre Centralitzat de Voluntats Anticipades de la Comunitat Valenciana</p></div>

INSTRUCCIONS SOBRE EL MEU COS (OPCIONAL)

- Desitge donar els meus òrgans per a ser trasplantat a una altra persona que ho necessite
- Desitge donar els meus òrgans per a la recerca
- Desitge donar el meu cos per a la recerca, inclosa l'autòpsia, quan fóra necessària segons criteri facultatiu
- Desitge donar els meus òrgans per a l'ensenyament universitari
- Desitge donar el meu cos per a l'ensenyament universitari

DECLARACIÓ DELS/AS TESTIMONIS (un dels quals, com a mínim, no tindrà relació de matrimoni, parella de fet, parentiu fins a segon grau de consanguinitat o afinitat o cap relació patrimonial amb l'atorgant)

PRIMER TESTIMONI

Nom y cognoms: _____

Document d' Identitat: DNI PASSAPORTE NIE N°: _____

Domicili: _____

Localitat: _____ CP: _____ Província: _____

Telèfon/s _____ / _____ Mail: _____

Major d'edat i amb plena capacitat **DECLARE:**

Que D./D^a _____

Atorgant d'aquest document, és capaç, actua lliurement i ha signat el document en la meua presència

Signatura:

D'acord amb la Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, consentisc el tractament de les meues dades personals per part del Registre Centralitzat de Voluntats Anticipades de la Comunitat Valenciana

SECON TESTIMONI

Nom y cognoms: _____

Document d' Identitat: DNI PASSAPORTE NIE N°: _____

Domicili: _____

Localitat: _____ CP: _____ Província: _____

Telèfon/s _____ / _____ Mail: _____

Major d'edat i amb plena capacitat **DECLARE:**

Que D./D^a _____

Atorgant d'aquest document, és capaç, actua lliurement i ha signat el document en la meua presència

Signatura:

D'acord amb la Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, consentisc el tractament de les meues dades personals per part del Registre Centralitzat de Voluntats Anticipades de la Comunitat Valenciana

SIGNATURA I DECLARACIÓ DE L'ATORGANTE

D./D^a _____

Document d'identitat: DNI PASSAPORTE NIE N°: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Signatura:

Atorgant d'aquest document, DECLARE que les persones que signen com a testimonis no tenen relació de parentiu en primer ni en segon grau ni cap vincle patrimonial o obligacional amb l'atorgant de les instruccions prèvies.