

DOCUMENTO DE VOLUNTADES PREVIAS

ACEPTACIÓN DEL SUSTITUTO DEL REPRESENTANTE

D/Da					······································
Con DNI	, nacido el	de	de	, con domi	cilio
en					
Localidad	Provincia		teléfonos		
ACEPTO SUSTITU	JIR A:				
D/D ^a					
Con DNI					
En otorgamiento d dispuesto en el De lo cual presento	•	•		•	
Copia compulsad	da del DNI o Pasapo	orte			
En	a	de		de	
		El su	stituto del repre	esentante	
	Nombre y ape	llidos			

A los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales proporcionados se incorporarán (o actualizarán) a los ficheros de la CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE CANTABRIA DE CANTABRIA, con dirección en C/ Federico Vial 13, 39009. Santander. Los datos personales solicitados en este documento son de carácter obligatorio, por lo que su no cumplimentación supone la imposibilidad de su inclusión en los ficheros antes descritos y de cumplir con la inscripción en el Registro de Voluntades Previa de Cantabria. La CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SACIALES DE CANTABRIA transmitirá el contenido del documento únicamente al médico o equipo que le preste asistencia sanitaria en el momento en que, por su situación, no le sea posible expresar su voluntad y sea preciso adoptar decisiones clínicas relevantes. Asimismo, acepta que el contenido de este documento, sea incorporado al Registro Nacional de Instrucciones Previas, de manera que pueda ser consultado desde cualquier Comunidad Autónoma del Estado español.

Ud. Tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición en los término previsto en la Ley, que podrá ejercitar mediante escrito dirigido al (a los) responsable(s) de los mismos, en las direcciones anteriormente indicadas

DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN Y ATENCIÓN SANITARIA