

## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES

D./D<sup>a</sup>. ....., con DNI/NIE.....designo como mi/s representante/s, en el caso de que me vea imposibilitado/a para expresar mi voluntad, con el fin de que vele/n por el cumplimiento de las instrucciones expresadas en mi documento de instrucciones previas y tome/n las decisiones necesarias para tal fin, con el siguiente orden de prelación a:

### PRIMER REPRESENTANTE

D/D <sup>a</sup>		DNI/NIE	
Fecha de Nacimiento:	Teléfonos de contacto		
Domicilio			
Localidad	Provincia		C.P.
<b>Aceptación de la representación</b> <b><u>Acepto la designación</u></b> como representante del/ la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a.			<b>Fdo.:</b> _____ (Nombre y apellidos)

### SEGUNDO REPRESENTANTE

D/D <sup>a</sup>		DNI/NIE	
Fecha de Nacimiento:	Teléfonos de contacto		
Domicilio			
Localidad	Provincia		C.P.
<b>Aceptación de la representación</b> <b><u>Acepto la designación</u></b> como representante del/ la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a.			<b>Fdo.:</b> _____ (Nombre y apellidos)

**TERCER REPRESENTANTE**

D/D <sup>a</sup>		DNI/NIE	
Fecha de Nacimiento:		Teléfonos de contacto	
Domicilio			
Localidad		Provincia	
		C.P.	
<b>Aceptación de la representación</b> <u>Acepto la designación</u> como representante del/ la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a.			<b>Fdo.:</b> <hr/> (Nombre y apellidos)

**CUARTO REPRESENTANTE**

D/D <sup>a</sup>		DNI/NIE	
Fecha de Nacimiento:		Teléfonos de contacto	
Domicilio			
Localidad		Provincia	
		C.P.	
<b>Aceptación de la representación</b> <u>Acepto la designación</u> como representante del/ la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a.			<b>Fdo.:</b> <hr/> (Nombre y apellidos)

En ..... a ..... de ..... de .....

(Lugar y fecha de formalización)

Firma del Otorgante \_\_\_\_\_  
 (Indicar de forma legible nombre y apellidos)

<b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b>	
<b>Responsable</b>	Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
<b>Finalidad</b>	Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.
<b>Legitimación</b>	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, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia 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 el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León).
<b>Destinatarios</b>	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.
<b>Derechos</b>	Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID.
<b>Información Adicional</b>	Los datos de esta autorización serán incorporados a la Base de datos del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. Puede consultar información adicional en <a href="https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas">https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas</a>