

## NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTES (Opcional-recomendable)

*Aviso: Las personas que actúan como testigo no pueden ser nombrados como representate.*

Yo \_\_\_\_\_  
nacido/a el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con Documento de Identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_  
con domicilio en \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Con plena capacidad de obrar, designo a mi representante, en quien concurren los requisitos previstos en el art. 8 de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de la Comunidad Autónoma de Extremadura, de la expresión anticipada de voluntades en el ámbito de la sanidad, para que, llegado el caso, sirva como persona interlocutora con el equipo sanitario para tomar decisiones en mi nombre y procurar el cumplimiento de mi voluntad expresada en este documento.

En caso de duda en la interpretación de mi Documento de Expresión Anticipada de Voluntades, y ante la eventualidad de no poder resolverla personalmente, quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante, a quien autorizo para que tome decisiones con respecto a los posibles tratamientos no contemplados en el mismo, siempre que no se contradigan con alguna de las voluntades anticipadas que constan en él.

## REPRESENTANTE INTERLOCUTOR/A

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono/s: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## REPRESENTANTE INTERLOCUTOR/A SUSTITUTO/A

En caso de fallecimiento, incapacidad, renuncia o imposibilidad de consulta con el representante interlocutor/a, designo como representante interlocutor/a sustituto/a a:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono/s: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## FIRMA DEL/LA OTORGANTE

Firma: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

## ACEPTACIÓN DE REPRESENTANTES Y AUTORIZACIÓN DE CONSULTA DE DATOS

### REPRESENTANTE INTERLOCUTOR/A

**Acepto la designación** como representante interlocutor/a de:

en el caso de que este no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona a la cual represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

- AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), conforme a lo establecido en el Decreto 184/2008, de 12 de septiembre, por el que se suprime la obligación para los interesados de presentar la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y el certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta (DOE nº 181, de 18 de septiembre de 2008)
- NO AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal, por lo que junto a la solicitud aporto fotocopia del DNI compulsada.

### REPRESENTANTE INTERLOCUTOR/A SUSTITUTO/A

**Acepto la designación** como representante interlocutor/a sustituto/a de:

en el caso de que este no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona a la cual represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

- AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), conforme a lo establecido en el Decreto 184/2008, de 12 de septiembre, por el que se suprime la obligación para los interesados de presentar la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y el certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta (DOE nº 181, de 18 de septiembre de 2008)
- NO AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal, por lo que junto a la solicitud aporto fotocopia del DNI compulsada.