

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE CASTILLA Y LEÓN DE**

**UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** |
| **1º Apellido** | **2º Apellido** | **Nombre** |
| **Fecha de nacimiento** | **DNI/NIE/Pasaporte** | **Centro sanitario al que desea remitir el documento para su incorporación a la Historia Clínica** |
| **Domicilio:** | **Número** | **Piso** |
| **Código Postal** | **Provincia** | **Localidad** |
| **Correo electrónico** | **Tlfno. fijo** | **Tlfno. móvil** |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA**🞏 Documento de instrucciones previas |
| **DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN VOLUNTARIA EN EL CASO DE SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN DE UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS FORMALIZADO ANTE TRES TESTIGOS** (Documentación que deberá presentar el otorgante y los tres testigos si se oponen expresamente a que la Administración los obtenga o recabe)**Me opongo expresamente a que la Administración obtenga los siguientes documentos que presento:**🞏 Otorgante: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad 🞏 1º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad🞏 2º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad🞏 3º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad |
| *De conformidad con el artículo 28.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, cuando la Administración no pueda recabar los documentos señalados en el artículo 17 del 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, podrá solicitar al interesado su presentación.* |

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** |
| * *Solicito* la inscripción del documento de instrucciones previas, que se adjunta a esta solicitud, en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.
* *Autorizo* la cesión de los datos que se contengan en el documento citado al personal sanitario responsable de mi proceso y al Registro nacional de instrucciones previas
 |

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero de tratamiento automatizado y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por Ley, mediante escrito dirigido a la Gerencia Regional de Salud-D.G de Innovación y resultados en Salud, Pso. Zorrilla, 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos mediante Orden PAT/175/2013.

Conforme al artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y el art. 18.4 del 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 se informa que el plazo para resolver y notificar este procedimiento de solicitud de inscripción de un documento de instrucciones previas, es de 2 meses contados desde el día siguiente a la recepción de esta solicitud y la no resolución en plazo tiene efectos estimatorios. Con la presentación de esta solicitud el interesado declara recibir y conocer información sobre el mismo.

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

(Firma del solicitante)

**REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE CASTILLA Y LEÓN. GERENCIA REGIONAL DE SALUD**