



ANEXO II

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

DATOS PERSONALES DEL OTORGANTE		
Nombre y apellidos <input type="text"/>		
Nº del D.N.I., pasaporte u otro documento de identidad <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Centro sanitario al que desea remitir el documento para su incorporación a la historia clínica <input type="text"/>
Domicilio <input type="text"/>		
Teléfono <input type="text"/>	Correo electrónico <input type="text"/>	
Localidad <input type="text"/>	Provincia <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA A ESTA SOLICITUD
<input type="text"/>

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS
<ul style="list-style-type: none">- <i>Solicito</i> la inscripción del documento de instrucciones previas, que se adjunta a esta solicitud, en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.- <i>Autorizo</i> 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.
En <input type="text"/> , a <input type="text"/> de <input type="text"/> de <input type="text"/>
El solicitante
Fdo.: <input type="text"/>
REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE CASTILLA Y LEÓN DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN E INNOVACIÓN. GERENCIA REGIONAL DE SALUD