



SOLICITUD DE PRIMERA INSCRIPCIÓN DEL OTORGAMIENTO DE UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Nombre y apellidos (otorgante):

.....

N.º del DNI, pasaporte u otro documento de identidad:

Dirección:

Código postal: Población-municipio:

Teléfono:

SOLICITO:

La inscripción en el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas del documento de voluntades anticipadas que adjunto a esta solicitud.

(Lugar, fecha y firma de la persona otorgante)

En, a de

FIRMA

SR./SRA. DIRECTOR/A DE ASEGURAMIENTO Y CONTRATACIÓN SANITARIAS. DEPARTAMENTO DE SALUD.

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos; de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; y del resto de normativa vigente en materia de protección de datos, se informa que los datos de carácter personal serán incorporados a la actividad de tratamiento denominada "Registro de Voluntades Anticipadas" y se cederán a las personas indicadas en este formulario y al Registro Nacional de Instrucciones Previas. Los datos personales incorporados serán utilizados exclusivamente para garantizar el ejercicio y efectos del derecho a otorgar voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad. Podrán ejercitarse los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación, oposición y revocación, así como cualquier otro derecho previsto por la normativa de aplicación, ante la Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitarias del Departamento de Salud o ante la Delegada de Protección de Datos de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Euskadi.