



PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO GALLEGO DE INSTRUCCIONES PREVIAS	SA210A	SOLICITUD

**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**Y, EN SU REPRESENTACIÓN** (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN** (no es necesaria si coincide con la anterior)

TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**FORMALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS**

Ante notario/a

Ante tres testigos

Ante el personal del Registro gallego de instrucciones previas o de sus unidades habilitadas

**CONTENIDO DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS**

Cuidados y tratamiento de la salud

Destino del cuerpo y/o de los órganos

**OBJETO DE LA SOLICITUD**

Inscripción del documento de instrucciones previas

Sustitución del documento de instrucciones previas

Revocación del documento de instrucciones previas

**LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DECLARA**

Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se aportan son ciertos.



**DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA**

- Anexo II, para el caso de formalizarse el documento ante testigos
- Anexo III, para el caso de designación de persona representante interlocutora y, en su caso, persona sustituta
- Copia del DNI o NIE de la persona solicitante, solo en el caso de no autorizar su consulta
- Documento de instrucciones previas
- Documento acreditativo de la representación de la persona solicitante
- Copia del DNI de los testigos, solo en el caso de no autorizar su consulta
- Declaración responsable de los testigos
- Copia del DNI de la persona representante interlocutora, solo en el caso de no autorizar su consulta
- Copia del DNI de la persona sustituta de la persona representante interlocutora, solo en el caso de no autorizar su consulta

**LA PERSONA SOLICITANTE AUTORIZA**

1. En los términos que establece la Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, y el Decreto 259/2007, por el que se crea el Registro gallego de instrucciones previas, y demás normativa al respecto que sea de aplicación:
  - 1.1. La consulta del documento de instrucciones previas por el médico que le preste asistencia sanitaria cuando llegue a situaciones clínicas en las que no sea capaz de manifestar su voluntad.
  - 1.2. La cesión de los datos al Registro nacional de instrucciones previas y otros registros relacionados, para el cumplimiento de esta finalidad.

Autorizo a la Consellería de Sanidad a consultar los datos de identidad de la persona solicitante en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre y la Orden de la Consellería de la Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ  NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal se le informa que los datos personales que facilite en este formulario quedarán registrados en un fichero de titularidad de la Xunta de Galicia, cuya finalidad es la gestión y registro de este procedimiento. La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad, como responsable del fichero, solicitándolo mediante el envío de un correo electrónico a [regaip@sergas.es](mailto:regaip@sergas.es).

**LEGISLACIÓN APLICABLE**

Decreto 159/2014, de 11 de diciembre, por el que se establece la organización y funcionamiento del Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.

**FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE**

Lugar y fecha

,  de  de



A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE EN EL CASO DE FORMALIZARSE EL DOCUMENTO ANTE TESTIGOS

Yo, TESTIGO (nombre y apellidos) , con NIF , autorizo a la Consellería de Sanidad a consultar mis datos de identidad en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ  NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

FIRMA

Lugar y fecha

,  de  de

Yo, TESTIGO (nombre y apellidos) , con NIF , autorizo a la Consellería de Sanidad a consultar mis datos de identidad en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ  NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

FIRMA

Lugar y fecha

,  de  de

Yo, TESTIGO (nombre y apellidos) , con NIF , autorizo a la Consellería de Sanidad a consultar mis datos de identidad en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ  NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

FIRMA

Lugar y fecha

,  de  de



A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE EN EL CASO DE DESIGNACIÓN DE PERSONA REPRESENTANTE INTERLOCUTORA

Yo, PERSONA REPRESENTANTE INTERLOCUTORA (nombre y apellidos) , con NIF , autorizo a la Consellería de Sanidad a consultar mis datos de identidad en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ  NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

FIRMA

Lugar y fecha

,  de  de

Yo, PERSONA SUSTITUTA DE LA PERSONA INTERLOCUTORA (nombre y apellidos) , con NIF , autorizo a la Consellería de Sanidad a consultar mis datos de identidad en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ  NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

FIRMA

Lugar y fecha

,  de  de