

ANEXO II
SOLICITUD DE VISITA A DOMICILIO PARA REALIZAR LA DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre		1º Apellido		2º Apellido	
Hombre	☐	Mujer	☐	NIF	☐
Pasaporte/NIE	☐	Número de documento:			
Fecha de nacimiento:		País de nacimiento:		Nº tarjeta sanitaria	
Domicilio:					
Provincia:		C.P.:		Población:	
Teléfono:		Teléfono móvil:		Correo electrónico:	
Horario preferente para recibir llamada:					

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Hombre	☐	Mujer	☐	NIF	☐
Pasaporte/NIE	☐	Número de documento:			
Nombre:		1º Apellido:		2º Apellido:	
Domicilio:					
Provincia:		C.P.:		Población:	
Teléfono:		Teléfono móvil:		Correo electrónico:	
Horario preferente para recibir llamada:					

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN

- ☐ Correo postal (Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).
- ☐ Notificación electrónica (Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos)



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

D. G. de Humanización y Atención Sociosanitaria

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Dirección General Humanización y Atención Sociosanitaria
Finalidad	Gestión del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha y facilitar el acceso a la información en él contenida al personal sanitario responsable del proceso asistencial del paciente que hubiera realizado la declaración de voluntades anticipadas
Legitimación	6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 6/2005 de 7 de julio sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud
Destinatarios	Existe cesión de datos
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional	Disponible en la dirección electrónica: https://rat.castillalamancha.es/info/0186

DATOS DE LA SOLICITUD

SOLICITO:

El desplazamiento del encargado/a del Registro de Voluntades Anticipadas al lugar de la visita que se indica, para efectuar en su presencia mi declaración de voluntades anticipadas, conforme a lo dispuesto en la normativa vigente.

Lugar de visita (señalar con una X lo que proceda):

☐ Hospital / Residencia de Ancianos

☐ Domicilio particular

Tipo y Nombre de la vía		Número
Localidad		Provincia
C.P.	Correo electrónico	

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

☐ Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

D. G. de Humanización y Atención Sociosanitaria

AUTORIZACIONES

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería a través de los Puntos del Registro de Voluntades Anticipadas va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación

- ☐ **NO:** Los acreditativos de identidad.
☐ **NO:** Los acreditativos de residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR)

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA

Como documento acreditativo de mi incapacidad para presentar la solicitud personalmente, se adjunta:

- ☐ Certificado médico
☐ Informe clínico
☐ Informe del director médico

Cuando quien presenta la solicitud no sea la persona solicitante:

- ☐ Poder de representación para presentar esta solicitud

Firma (DNI electrónico o certificado válido)

En _____, a _____ de _____ de 20____

SR. RESPONSABLE DEL PUNTO DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE CASTILLA-LA MANCHA DE *

Delegaciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ☐ ALBACETE. Código. DIR 3: A08027354
☐ CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08027355
☐ CUENCA. Código. DIR 3: A08027356
☐ GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08027357
☐ TOLEDO. Código. DIR 3: A08027358

Centros Sanitarios:

- ☐ HOSPITAL GRAL DE ALMANSA. Código. DIR 3: A08016544
☐ HOSPITAL DE HELLÍN. Código. DIR 3: A08016555

- ☐ HOSPITAL GRAL DE VILLARROBLEDO. Código. DIR 3: A08016581
☐ HOSPITAL GRAL LA MANCHA CENTRO. Código. DIR 3: A08016663
☐ HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA. Código. DIR 3: A08016700
☐ HOSPITAL SANTA BÁRBARA. Código. DIR 3: A08016788
☐ HOSPITAL GRAL DE TOMELLOSO. Código. DIR 3: A08016710
☐ HOSPITAL GUTIÉRREZ ORTEGA. Código. DIR 3: A08016721
☐ INSTITUTO CIENCIAS DE LA SALUD. Código. DIR 3: A08014321
☐ HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS. Código. DIR 3: A08016955

* En los casos en los que la tramitación se pueda realizar "ON-LINE" sólo se podrá remitir a las Delegaciones Provinciales