

A DADES DE LA PERSONA DECLARANT

COGNOMS I NOM		NIF	SIP
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP	LOCALITAT
PROVÍNCIA	TELÈFONS	ADREÇA ELECTRÒNICA	

B DECLARACIÓ

He elaborat aquest document en plenitud de les meues facultats i lliurement, acollint-me als drets que em reconeix la normativa actual vigent:

– Segons la Llei 16/2018, de 28 de juny, de la Generalitat, de drets i garanties de la dignitat de la persona en el procés d'atenció al final de la vida:

DECLARE que: si en un futur no soc capaç de prendre decisions sobre les cures de la meua salut com a conseqüència de la deterioració física i/o mental per qualsevol causa, que impedisca una vida concorde als meus valors i sense expectatives de supervivència segons la ciència mèdica, vull que es tinguen en compte els meus desitjos. Per això, per a quan arribe el moment de finalitzar la vida, expresse les següents **VOLUNTATS ANTICIPADES**:

- Que no s'iniciem o bé es retiren, si ja han començat a aplicar-se, les mesures de suport vital invasives o qualsevol altra la finalitat de la qual siga únicament prolongar la meua vida.
- Que se m'administren els fàrmacs que siguen necessaris per al control de qualsevol símptoma que pugua causar dolor, sofriment, patiment o malestar i que em proporcionen un digne final de la meua vida.
- Que si el personal que m'assistisca es declarara contrari als supòsits anteriors, vull que la meua voluntat estiga garantida i rebre atenció per personal sanitari respectuós amb els meus desitjos.

– Segons la Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia:

DECLARE que aquest document tinga la consideració formal de sol·licitud per a la **PRESCRIPCIÓ D'EUTANÀSIA** sempre que es complisquen els requisits establits per la Llei vigent de regulació de l'eutanàsia, dels quals soc coneixedor/a, amb independència que per a respectar la meua voluntat i els meus desitjos es tinguen en compte els criteris i les instruccions expressades anteriorment.

En cas de dubte, la persona nomenada representant serà la que interprete la meua situació com a "sofriment greu i impossibilitat". El meu representant és qui considerarà el moment oportú per a sol·licitar que s'inicie el procediment establert en la llei per a rebre l'eutanàsia.

En cas que el meu representant no poguera exercir la seua funció i/o no existira un representant substitut, vull que el metge/metgessa responsable de la meua atenció inicié el procediment quan es donen les circumstàncies requerides per la Llei.

– Instruccions complementàries:

- Donació d'òrgans: SI NO
- Donació del cos a la ciència: SI NO
- Lloc on desitge ser atés: Domicili Hospital Residència geriàtrica
- Assistència Espiritual: SI NO

En cas afirmatiu assenyale de quina mena:

Altres instruccions:

***** MARCAR LES OPCIONS DESITJADES *****

C NOMENAMENT DE REPRESENTANT I ACCEPTACIÓ

Jo, _____ designe com a representant meu a la persona indicada a continuació per a què faça en el meu nom la interpretació més adient, sempre que no es contradiga amb les meues voluntats anticipades que consten en aquest document, i també per vetlar per l'aplicació estricta del seu contingut. Aquesta persona ha de ser considerada la interlocutora vàlida i necessària amb l'equip sanitari responsable de la meua assistència.

DADES DE LA PERSONA RESPRESENTANT

COGNOMS I NOM		NIF/NIE O PASSAPORT	SIP
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP	LOCALITAT
PROVÍNCIA	TELÈFONS	ADREÇA ELECTRÒNICA	

SIGNATURA ELECTRÒNICA DEL REPRESENTANT

D'acord amb el que es disposa en l'article 28 de la Llei 39/2015, de primer d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, en absència d'oposició expressa per part del representant, l'òrgan gestor del procediment estarà autoritzat per a obtindre directament les dades d'identitat d'aquest.

En cas d'oposar-se al fet que l'òrgan gestor obtinga directament aquesta informació, haurà de manifestar-ho a continuació, quedant obligat a aportar els documents corresponents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

M'opose a l'obtenció de les dades d'identitat del representant

Motiu d'oposició: _____

D MANIFESTACIÓ DELS TESTIMONIS

Les persones sotasignats, majors d'edat, manifesten que el / la declarant que signa aquest document de voluntats anticipades l'ha fet plenament conscient, sense que hagen pogut apreciar cap mena de coacció en les seues decisions. I també, almenys una d'elles manifesta no mantindre cap tipus de vincle familiar o patrimonial amb el declarant d'aquest document, segons el que disposa l'article 44 de la Llei 16/2018, de 28 de juny, de la Generalitat, de drets i garanties de la dignitat de la persona en el procés d'atenció a la fi de la vida.

NIF/NIE:

NIF/NIE:

NOM:

NOM:

SIGNATURA ELECTRÒNICA DEL TESTIMONI

SIGNATURA ELECTRÒNICA DEL TESTIMONI

D'acord amb el que es disposa en l'article 28 de la Llei 39/2015, de primer d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, en absència d'oposició expressa per part dels testimonis, l'òrgan gestor del procediment estarà autoritzat per a obtindre directament les dades d'identitat d'aquests.

En cas d'oposar-se al fet que l'òrgan gestor obtinga directament aquesta informació, hauran de manifestar-ho a continuació, quedant obligats a aportar els documents corresponents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

M'opose a l'obtenció de les dades d'identitat del testimoni

M'opose a l'obtenció de les dades d'identitat del testimoni

Motiu d'oposició: _____

Motiu d'oposició: _____

E SOL·LICITUD

El sotsignat realitza la declaració de l'apartat B i sol·licita la inscripció en el Registre de Voluntats anticipades de la Comunitat Valenciana i en el Registre Nacional d'Instruccions Prèvies (RNIP).

SIGNATURA ELECTRÒNICA DE LA PERSONA DECLARANT

F INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES

Nom de l'activitat de tractament: REGISTRE DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Finalitat del tractament: Registre de les Voluntats Anticipades de la ciutadania que pot ser consultat des de qualsevol punt de la xarxa assistencial, quan es considere necessari per a prendre una decisió respecte a la persona declarant i aquesta no puga manifestar la seua voluntat.

Identitat del responsable del tractament: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Legitimació: El tractament de les dades és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament, i per al compliment d'una missió realitzada en interès públic o en l'exercici de poders públics conferits al responsable del tractament. La persona interessada dóna el seu consentiment per al tractament de les seues dades personals per a un o diverses finalitats específiques. Llei 41/2002, de 14 de novembre, d'autonomia del pacient. Reial decret 1090/2015, de 4 de desembre, pel qual es regulen els assajos clínics amb medicaments. Llei 3/2003, de 6 de febrer, de la Generalitat, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana. Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana. Llei 8/2018, de 20 d'abril, de la Generalitat, de modificació de la Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana. I una altra legislació vigent en matèria sanitària.

Drets de les persones interessades: Tenen dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, la rectificació o supressió d'aquestes, a la limitació del seu tractament, a oposar-se al mateix o a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzat, inclosa l'elaboració de perfils. Les sol·licituds per exercir aquests drets podran presentar-se de manera presencial o telemàtica, de conformitat amb el que preveu l'enllaç següent: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970

Més informació: Podrà consultar el registre d'activitats de tractament de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en l'adreça electrònica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrà contactar amb el delegat de Protecció de Dades en l'adreça electrònica dpd@gva.es.