

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

DATOS PERSONALES DEL DECLARANTE		
Apellidos:	Nombre:	DNI: ¹ Nº CIP:
Domicilio:	Fecha Nacimiento: Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Teléfono 1: Teléfono 2:
Localidad:	Provincia: Nacionalidad:	C. Postal:
DOCUMENTACIÓN ADJUNTA		
<input type="checkbox"/> Declaración de IIPP <input type="checkbox"/> Solicitud de inscripción en Registro <input type="checkbox"/> Declaración notarial de IIPP <input type="checkbox"/> Acreditación de identidad de otorgante	<input type="checkbox"/> Aceptación del representante <input type="checkbox"/> Aceptación del representante sustituto <input type="checkbox"/> Acreditación de la identidad del representante <input type="checkbox"/> Acreditación de la identidad del representante sustituto	
<input type="checkbox"/> Declaración de los testigos <input type="checkbox"/> Acreditación de la identidad de los testigos <input type="checkbox"/> Veracidad de los datos sobre los testigos <input type="checkbox"/> Acreditación de la capacidad del otorgante	<input type="checkbox"/> Documento de Sustitución de IIPP <input type="checkbox"/> Documento de Modificación de IIPP <input type="checkbox"/> Documento de Revocación de IIPP <input type="checkbox"/> Documento de Renuncia del Representante	
SOLICITUD, DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA		
<p>SOLICITO la inscripción en el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid del <i>Documento para la Declaración de Instrucciones Previas</i> que se adjunta, en los términos y con el alcance que se determina en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, y normativa de desarrollo, por la que se regula el citado Registro, cuyo contenido será transmitido al Registro de Instrucciones Previas que se establezca en el Sistema Nacional de Salud, en cumplimiento de la normativa vigente.</p> <p>DECLARO bajo mi responsabilidad, que todos los datos que figuran en la presente solicitud de <i>inscripción de Instrucciones Previas</i> y en el <i>Documento de Declaración</i> firmado por mí son ciertos.</p> <p>AUTORIZO, en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal:</p> <p style="margin-left: 40px;">La cesión de los datos de carácter personal contenidos en la <i>Declaración de Instrucciones Previas</i>, al profesional o equipo sanitario del proceso en el cual deban tenerse presentes las mismas. A la Oficina Regional de Coordinación de Transplantes de la Comunidad de Madrid, cuando así lo haya dispuesto. La cesión de los datos de carácter personal contenidos en la <i>Declaración de Instrucciones Previas</i>, al Registro de Instrucciones Previas del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>En Madrid, a de de 20</p> <p style="text-align: center;">EL SOLICITANTE</p>		
INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID		
<p>....., funcionario encargado del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, de conformidad con lo previsto en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente, y normativa de desarrollo, se tiene por presentado este documento para su inscripción en el citado Registro.</p> <p>En Madrid, a de de 20</p> <p style="text-align: center;">EL FUNCIONARIO ENCARGADO DEL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID</p>		

Sr./Sra Encargado del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO. COMUNIDAD DE MADRID

¹ Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE.