|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE** **INSTRUCCIONES PREVIAS DE LA REGION DE MURCIA** Código de procedimiento: 1916 |
| Nombre y apellidos del otorgante:      | Fecha Nacimiento      |
| Dirección:      | DNI/ Pasaporte/       |
| Código Postal30 | Población:      | Provincia:      | Telf.:      |
| 1.-MANIFIESTO que en fecha **he otorgado** documento de instrucciones previas ante[ ]  Notario[ ]  Funcionario o empleado público encargado del Registro de Instrucciones Previas[ ]  Testigos , en presencia de las personas siguientes que actúan en calidad de testigos: |
| Nombre y apellidos      | DNI      | Fecha de Nacimiento      |
| Nombre y apellidos      | DNI      | Fecha de Nacimiento      |
| Nombre y apellidos      | DNI       | Fecha de Nacimiento      |
| 2.-HE DESIGNADO un **representante** que me sustituirá en caso de no poder expresar mi voluntad en relación a las decisiones asistenciales que afecten a mi persona (sólo si se ha designado en el documento de instrucciones previas) |
| Nombre y apellidos:      | DNI:      | Fecha de Nacimiento      |
| Dirección      |
| Código Postal30 | Población:      | Provincia:      | Telf.:      |
| 3.-Con el fin de facilitar el acceso del personal sanitario a esta información y al contenido del documento de instrucciones previas cuando lo consideren necesario, SOLICITO la **inscripción** del documento de instrucciones previas que aquí acompaño, en el Registro de Instrucciones previas de la Región de Murcia, indicando que la inscripción supone:[ ]  Primer documento de instrucciones previas.[ ]  Sustitución de un documento de instrucciones previas anteriormente inscrito.[ ]  Revocación del documento de instrucciones previas anterior. DECLARO, bajo mi responsabilidad, que el documento de instrucciones previasque aquí se acompaña se ajusta en su contenido y en las exigencias formales alDecreto 80/2005, y en concreto que los testigos y, en su caso, el representante,Espacio Habilitado para Sello de Registrotienen la capacidad necesaria y no incurren en la incompatibilidad que el Decretoestablece.AUTORIZO al Registro a facilitar de oficio al personal de los centros sanitarios el conocimiento de existencia del documento de instrucciones previas.En señal de conformidad, firmo este documentoEn       ………………… a      ILMO. SR. DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN, FARMACIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA |
| DOCUMENTACIÓN DE NECESARIA APORTACIÓN POR EL SOLICITANTE:  -Copia autenticada del **DNI** de: Otorgante, Representante y Testigos en su caso. |
| ADVERTENCIA: La última Inscripción de un Documento de Instrucciones Previas, realizada en cualquier CCAA, anula las inscripciones anteriores. |

|  |
| --- |
| 4.- DOCUMENTACIÓN SUSCEPTIBLE DE CONSULTA POR LA ADMINISTRACIÓN |
| Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, los interesados tienen derecho a no aportar documentos que ya se obren en poder de la Administración actuante o hayan sido elaborados por cualquier otra Administración.La Administración actuante podrá consultar o recabar dichos documentos salvo que el interesado se opusiere a ello. No cabrá la oposición cuando la aportación del documento se exigiera en el marco del ejercicio de potestades sancionadoras o de inspección.La Administración actuante deberá recabar los documentos electrónicos a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.En el caso de que se oponga a dicha consulta, marque la siguiente casilla:[ ]  Me opongo a que al órgano administrativo consulte el DNI/NIE/NIF del solicitante/representante.EN EL CASO DE OPONERME A LA CONSULTA, QUEDO OBLIGADO A APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD.  |

|  |
| --- |
| 5) - NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA ( PARA LOS NO OBLIGADOS SEGÚN NORMATIVA):AUTORIZACIÓN EXPRESA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA [1]Marcar una X para autorizar a la Administración la notificación electrónica, de no marcarse esta opción la Administración notificará a las personas físicas por correo postal.  [ ]  Autorizo a la DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN, FARMACIA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO a notificarme a través del Servicio de Notificación electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, las actuaciones (actos y resoluciones) que se deriven de la tramitación de esta solicitud.A tal fin, adquiero la obligación [2] de acceder periódicamente a través de mi certificado digital, DNI electrónico o de los sistemas de clave habilitado por la Administración Regional, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM: <https://sede.carm.es/> apartado consultas / notificaciones electrónicas de la carpeta del ciudadano; o directamente en la URL: <https://sede.carm.es/vernotificaciones> Asimismo autorizo a la DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN, FARMACIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica a través de: un **correo electrónico** a la dirección de correo:      ………………………………………………. y/o vía SMS al nº de **teléfono** **móvil**:      ……………………………………………………………[1] Las personas físicas podrán elegir el sistema de notificación (electrónico o en papel) ante la Administración, este derecho no se extiende a los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones previsto en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015 (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen) quienes por ley están obligados a ser notificados siempre electrónicamente.[2] De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.2 de la Ley 39/2015, una vez transcurridos 10 días naturales desde la puesta a disposición de la notificación en la Sede Electrónica, sin que la haya descargado, se entenderá que la notificación ha sido realizada. |
|  |

|  |
| --- |
| 6.- INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS |
| Al firmar esta solicitud queda establecido que usted presta su consentimiento expreso al tratamiento de sus datos personales. Lea esta información antes de firmar. Responsable del tratamiento: DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN, FARMACIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.Finalidad del tratamiento: la tramitación administrativa que se derive de la gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia.Legitimación para el tratamiento: el ejercicio de los poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento y cumplimiento de una obligación legal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materias de información y documentación clínica; Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia; Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro). No facilitar los datos provocará la imposibilidad de gestionar la solicitud y prestar el servicio correspondiente.Destinatarios de los datos: Cesión de los datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas. También se cederán cuando exista una obligación legal. Ejercicio de derechos: Ante el responsable del tratamiento el interesado podrá ejercitar, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, olvido, limitación y portabilidad en relación a sus datos personales.Contacto Delegado de Protección de Datos y más información: dpdigs@listas.carm.es |

Murcia, a      ……………………...........................

**Firma** del solicitante