|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Postal  30 | 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 Postal  30 | 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.  Modificación de un documento de instrucciones previas anteriormente inscrito.  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 previas  que aquí se acompaña se ajusta en su contenido y en las exigencias formales al  Decreto 80/2005, y en concreto que los testigos y, en su caso, el representante,  tienen la capacidad necesaria y no incurren en la incompatibilidad que el Decreto  establece.  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 documento  En       a  ILMO. SR. DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN, FARMACIA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO | | | | | | |
| DOCUMENTACIÓN DE NECESARIA APORTACIÓN POR EL SOLICITANTE:  -Copia autenticada del DNI de: Otorgante, Representante y Testigos en su caso. (Ver punto 4) | | | | | | |
| 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 DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN, FARMACIA YATENCIÓN AL CIUDADANO 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: Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano 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