|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE****INSTRUCCIONES PREVIAS DE LA REGION DE MURCIA** Código de procedimiento: 1916 |
| Nombre y apellidos del otorgante: | Fecha de Nacimiento |
| Dirección: | DNI/ Pasaporte/ NIE |
| Código Postal | 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 | 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 documentoEn…………………a……..de……………………………de 201…..ILMA. SRA. DIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN, FARMACIA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO |
| **DOCUMENTACIÓN DE NECESARIA APORTACIÓN POR EL SOLICITANTE:** -COPIA DEL D.N.I., PASAPORTE U OTRO DOCUMENTO VÁLIDO CON EFECTOS LEGALES DE IDENTIFICACIÓN DEL OTORGANTE Y DE REPRESENTANTES 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.** |

 Los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero “Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia” con la exclusiva finalidad de gestionar las autorizaciones correspondientes. El responsable de este fichero es LA DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN, FARMACIA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO, ante cuyo titular puede el interesado ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de datos mediante escrito dirigido al Servicio de Ordenación, Acreditación Sanitaria y Calidad Asistencial, en C/ Pinares 6, 1º, 30001 Murcia, en los términos y con los requisitos establecidos en el artículo 15 y siguientes de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter-personal.

 Los datos de carácter personal que recoge este documento se cederán a organismos públicos y a los ciudadanos interesados, a los exclusivos efectos de información en los términos y con los requisitos establecidos en la citada Ley orgánica de protección de datos.

**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, **se entiende otorgado el consentimiento** para que el órgano administrativo competente consulte de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, los datos personales relacionados a continuación, necesarios para la resolución de este procedimiento/expediente/solicitud:

En caso contrario, en el que el solicitante NO otorgue el consentimiento para la consulta, marque la/s siguiente/s casilla/s:

**[ ]  No Autorizo** al órgano administrativo para que se consulten el **Documento de identidad: DNI** / **NIF**, del solicitante**.**

EN EL CASO DE NO CONCEDER AUTORIZACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN, QUEDO OBLIGADO A APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD. Dicha obligación también persistirá respecto la documentación de los **profesionales** cuya autorización para consulta por la Administración no se acompañe a esta solicitud, en cuyo caso **deberán autorizarlo expresamente dichos profesionales individualmente**.

**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/**](https://sede.carm.es/) apartado consultas / notificaciones electrónicas de la carpeta del ciudadano; o directamente en la URL: [**https://sede.carm.es/vernotificaciones**](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.

Murcia, a

Firma del solicitante