



Sol·licitud d'inscripció, modificació i/o revocació dels documents de voluntats anticipades dins del Registre de voluntats anticipades (RVA)

Dades de la persona sol·licitant

Nom i cognoms DNI/NIE/Passaport núm. Data de naixement

Tipus de via Nom Número

Escala Pis Porta Província Comarca Municipi Codi postal

Telèfon Sexe Nacionalitat Número de targeta sanitària o CIP

Dades del/de la representant legal (només s'ha d'emplenar si s'actua amb representant legal)

Nom * Primer cognom * Segon cognom

Tipus de document (DNI, NIE, passaport) * Número d'identificació *

És obligatori emplenar almenys un mitjà de contacte *:

Telèfon fix Telèfon mòbil Adreça de correu electrònic

Adreça del/de la representant legal (només s'ha d'emplenar si s'actua amb representació legal)

Tipus de via * Nom de la via * Número *

Bloc Escala Pis Porta Codi postal *

Província * Comarca Municipi *

Representa (només s'ha d'emplenar si s'actua amb representació legal)

Estic inscrit/a en el Registre electrònic de representació, REPRESENTA, com a representant de la persona sol·licitant/titular que consta en aquest formulari. (en aquest cas no cal que aporte la documentació que us acredita com a representant).

Si no us heu inscrit en el [REPRESENTA](#), cal que aporte la documentació que us acredita com a representant per fer el tràmit o bé que [us inscriviu](#).

Sol·licito

Marqueu la casella corresponent a la vostra sol·licitud

- Sol·licito la inscripció al Registre de voluntats anticipades del document de voluntats anticipades.
- Sol·licito la modificació i la inscripció del nou document de voluntats anticipades que substitueix l'inscrit anteriorment.
- Sol·licito la revocació del document de voluntats anticipades.

Declaro:

- Que autoritzo la cessió de les dades de caràcter personal contingudes en el document de voluntats anticipades al personal mèdic responsable, en els termes que disposa la [Llei 21/2000](#), de 29 de desembre.
 - Que les dades especificades en aquesta sol·licitud i en la documentació que s'hi adjunta són exactes.
-

Documentació adjunta

- Document de voluntats anticipades (DVA) signat per la persona sol·licitant i signat pels tres testimonis o pel/per la professional sanitari/ària.

Cal presentar amb el DVA, el DNI/NIE/Passaport original com a persona sol·licitant.

En cas de formalitzar el DVA davant de la signatura de tres testimonis, cal presentar també els DNI/NIE/Passaport originals de cada testimoni.

Municipi

Data

- Signatura de la persona sol·licitant

- Signatura del/de la representant (apoderat)

Òrgans davant dels quals es poden presentar les sol·licituds

Sens perjudici del que disposa la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu de les administracions públiques de Catalunya, les sol·licituds es poden presentar a:

- Oficina d'Atenció Ciutadana a Barcelona, c. de Sant Honorat, 1-3, 08002 Barcelona.
 - Oficina d'Atenció Ciutadana a Girona, pl. de Pompeu Fabra, 1, 17002 Girona.
 - Oficina d'Atenció Ciutadana a les Terres de l'Ebre, c. de Jaume I, 2-4, 43870 Amposta.
 - Oficina d'Atenció Ciutadana a la Cerdanya, pl. del Rec, 5, 17520 Puigcerdà.
 - Delegació Territorial del Govern de la Generalitat a Lleida, c. de Lluís Companys, 1, 25003 Lleida.
 - Delegació Territorial del Govern de la Generalitat a Tarragona, c. de Sant Francesc, 3, 43003 Tarragona.
 - Departament de Salut, travessera de les Corts, 131-159, pavelló Ave Maria, 08028 Barcelona.
-

Departament de Salut

Travessera de les Corts, 131-159
Pavelló Ave Maria, 08028 Barcelona
Tel. 932 272 900
Fax 932 272 990
salutweb.gencat.cat
canalsalut.gencat.cat

Informació complementària del tràmit

Les sol·licituds d'inscripció s'han de resoldre i notificar en el termini de tres mesos des de la data d'entrada a la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària. Transcorregut el termini establert sense que se us hagi notificat cap comunicació expressa, la sol·licitud s'entén estimada.

Informació bàsica sobre protecció de dades

Identificació del tractament: Registre de voluntats anticipades.

Responsable del tractament: Secretaria General del Departament de Salut. Travessera de les Corts, 131-159, 08028 Barcelona.

Finalitat: la recollida de les dades és facilitar l'accés al personal mèdic responsable de l'assistència d'una persona responsable de l'assistència d'una persona malalta a conèixer si aquesta ha atorgat un document de voluntats anticipades i al seu contingut.

Legitimació: Per consentiment de la persona interessada.

Destinataris: Les dades de caràcter personal que es continguin en el document de voluntats anticipades es cediran al professional mèdic responsable, en els termes de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.

Al Registre Nacional d'Instruccions Prèvies, que permet que professionals de la resta de l'Estat consultin els documents de voluntats anticipades.

Drets de les persones interessades: podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió (dret a l'oblit), oposició al tractament, a la portabilitat de les dades i a la limitació del tractament, amb la presentació d'un escrit adreçat a la Secretaria General del Departament de Salut (travessera de les Corts, 131-159, 08028 Barcelona) o mitjançant el [formulari específic sobre \(drets ARSO-POL\)](#) en l'àmbit de la salut disponible a la pàgina web del Departament de Salut. Heu d'indicar clarament a la vostra sol·licitud quin o quins drets exerciu.

Informació addicional: si voleu ampliar aquesta informació podeu consultar la [informació addicional del tractament](#).

Departament de Salut

Travessera de les Corts, 131-159
Pavelló Ave Maria, 08028 Barcelona
Tel. 932 272 900
Fax 932 272 990
salutweb.gencat.cat
canalsalut.gencat.cat