



ANEXO V

ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE

D/D ^a			
Con DNI/NIE/Pasaporte	nacido el día	de	de
Con domicilio		Localidad	
Provincia			CP
Teléfonos de contacto		Correo electrónico	

Acepto representar a:

D/D ^a			
Con DNI/NIE/Pasaporte	nacido el día	de	de

en los casos que proceda de acuerdo con la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud.

En _____, a _____ de _____ de _____

REPRESENTANTE

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos)

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</i>
Finalidad	<i>Gestionar el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha y facilitar el acceso a la información en él contenida al personal sanitario responsable del proceso asistencial del paciente que hubiera realizado la declaración de voluntades anticipadas</i>
Legitimación	<i>Ejercicio de poderes públicos y cumplimiento de una obligación legal (Ley 6/2005 de 7 de julio sobre la declaración de voluntades anticipadas en materia de la propia salud)</i>
Destinatarios	<i>Existe cesión de datos</i>
Derechos	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
Información adicional	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>