



Castilla-La Mancha

## ANEXO V

### ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE

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

#### Acepto representar a:

D/D <sup>a</sup>			
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	
<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria</i>
<b>Finalidad</b>	<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>
<b>Legitimación</b>	<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>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<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>
<b>Información adicional</b>	<i>Disponible en la dirección electrónica: <a href="https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos">https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos</a></i>