



PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO GALLEGO DE INSTRUCCIONES PREVIAS	SA210A	SOLICITUD

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF		
MIGUEL ANGEL	DELGADO	GONZALEZ	32413124Y		
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
RÚA / CALLE	JUAN CASTRO MOSQUERA	28		2	DCHA
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD		
15005	CORUÑA (A)	CORUÑA, A	A CORUÑA		
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO			
630389871		prensa@pladesemapesga.com			
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD			
04/04/1954	HOMBRE	ESPAÑOLA			

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF

DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (no es necesaria si coincide con la anterior)

TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD		
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO			

FORMALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Delante de notario/a

Delante de tres testigos

Delante del personal del Registro gallego de instrucciones previas o de sus unidades habilitadas

CONTENIDO DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Cuidados y tratamiento de la salud

Destino del cuerpo y/o de los órganos

OBJETO DE LA SOLICITUD

Inscripción del documento de instrucciones previas

Sustitución del documento de instrucciones previas

Revocación del documento de instrucciones previas

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DECLARA

Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se aportan son ciertos.



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Anexo II, para el caso de formalizarse el documento ante testigos |
| <input type="checkbox"/> Anexo III, para el caso de designación de persona representante-interlocutora y, en su caso, persona sustituta |
| <input type="checkbox"/> Copia del DNI o NIE de la persona solicitante, solo en el caso de no autorizar su consulta |
| <input checked="" type="checkbox"/> Documento de instrucciones previas |
| <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la representación de la persona solicitante |
| <input type="checkbox"/> Copia del DNI de los testigos, solo en el caso de no autorizar su consulta |
| <input type="checkbox"/> Declaración responsable de los testigos |
| <input type="checkbox"/> Copia del DNI de la persona representante interlocutora, solo en el caso de no autorizar su consulta |
| <input type="checkbox"/> Copia del DNI de la persona sustituta de la persona representante interlocutora, solo en el caso de no autorizar su consulta |

LA PERSONA SOLICITANTE AUTORIZA

- En los términos que establece la Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, y el Decreto 259/2007, por el que se crea el Registro gallego de instrucciones previas, y demás normativa al respecto que sea de aplicación:
 - La consulta del documento de instrucciones previas por el médico que le preste asistencia sanitaria cuando llegue a situaciones clínicas en las que no sea capaz de manifestar su voluntad.
 - La cesión de los datos al Registro nacional de instrucciones previas y otros registros relacionados, para el cumplimiento de esta finalidad.

Autorizo a la Consellería de Sanidad a consultar los datos de identidad de la persona solicitante en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre y la Orden de la Consellería de la Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal se le informa que los datos personales que facilite en este formulario quedarán registrados en un fichero de titularidad de la Xunta de Galicia, cuya finalidad es la gestión y registro de este procedimiento. La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad, como responsable del fichero, solicitándolo mediante el envío de un correo electrónico a regaip@sergas.es.

LEGISLACIÓN APLICABLE

Decreto 159/2014, de 11 de diciembre, por el que se establece la organización y funcionamiento del Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

EN A CORUÑA, 28 de FEBRERO de 2018



A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE EN EL CASO DE FORMALIZARSE EL DOCUMENTO DELANTE DE TESTIGOS

Yo, TESTIGO (nombre y apellidos) , con NIF , autorizo a la Consellería de Sanidad a consultar mis datos de identidad en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

FIRMA

Lugar y fecha
, de de

Yo, TESTIGO (nombre y apellidos) , con NIF , autorizo a la Consellería de Sanidad a consultar mis datos de identidad en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

FIRMA

Lugar y fecha
, de de

Yo, TESTIGO (nombre y apellidos) , con NIF , autorizo a la Consellería de Sanidad a consultar mis datos de identidad en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

FIRMA

Lugar y fecha
, de de



A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE EN EL CASO DE DESIGNACIÓN DE PERSONA REPRESENTANTE INTERLOCUTORA

Yo, PERSONA REPRESENTANTE INTERLOCUTORA (nombre y apellidos) _____, con NIF _____, autorizo a la Consellería de Sanidad a consultar mis datos de identidad en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

FIRMA

Lugar y fecha

_____, ____ de _____ de _____

Yo, PERSONA SUSTITUTA DE LA PERSONA INTERLOCUTORA (nombre y apellidos) _____, con NIF _____, autorizo a la Consellería de Sanidad a consultar mis datos de identidad en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

FIRMA

32413124Y MIGUEL ANGEL
DELGADO (R: G70321807)

Firmado digitalmente por 32413124Y MIGUEL ANGEL DELGADO (R: G70321807)
Nombre de reconocimiento (DN): 2.5.4.13=Ref:AEAT/AEAT0143/PUESTO
1/19318/08072016113903, serialNumber=IDCES-32413124Y,
givenName=MIGUEL ANGEL, sn=DELGADO GONZALEZ, cn=32413124Y MIGUEL
ANGEL DELGADO (R: G70321807), 2.5.4.97=VATES-G70321807, o=ASOCIACION
PLATAFORMA DEN DEFENSA DEL SECTOR MARITIMO PESQUERO DE GALICIA,
c=ES
Fecha: 2018.02.24 15:34:24 +01'00'

Lugar y fecha

_____, ____ de _____ de _____

AL REGISTRO GALLEGO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Secretaría General Técnica Consejería de Sanidad Edificio Administrativo San Lázaro s/n
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA Teléfonos: 881 54 00 78 – 881 54 86 73 regaip@sergas.es

UNIDADE Jefatura Territorial de Sanidad de LA CORUÑA Calle Durán Loriga 3
15003 A CORUÑA Teléfonos: 981 155 800

Al Registro Gallego de instrucciones previas (REGAIP) dependiente de la Consellería de Sanidad

Miguel Ángel Delgado González, con D.N.I 32.413.124-y Teléfono 981 926397, 630389871 Domicilio a efectos de notificaciones en, C/ Juan Castro Mosquera, 28 2º Dcha. 15.005 A Coruña, comparezco a través del presente escrito y como mejor proceda PRESENTA:

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS (TESTAMENTO VITAL) AL AMPARO DE LA LEY 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas. DOG Núm. 133 Jueves, 16 de julio de 2015 Pág. 296 y DECRETO 159/2014, de 11 de diciembre, por el que se establece la organización y funcionamiento del Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud. La Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.

“testamento vital”. Documento en el que un individuo explicita las instrucciones que deberán tenerse en cuenta cuando su estado de salud no le permita expresarlas él mismo, especialmente en lo relativo a tratamientos médicos y al posterior destino de su cuerpo y órganos.

El Registro gallego de instrucciones previas estará interconectado con el Registro nacional donde se recogen las instrucciones previas inscritas en los distintos registros autonómicos y perfectamente conectado al Registro gallego de instrucciones previas se hará a través de la historia clínica electrónica (IANUS)

Instrucciones exclusivas sobre el destino de mi cuerpo y de sus órganos, una vez llegado el fallecimiento a favor del Sr D. Alberto Núñez Feijoo, actual Presidente d ella Xunta de Galicia.

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS (TESTAMENTO VITAL)

Yo MIGUEL ANGEL DELGADO GONZÁLEZ con D.N.I. 32413124Y

Mayor de edad, con domicilio en C/ Juan Castro Mosquera 20 - 2º Dcha C.P 15005 A Coruña

En plenitud de mis facultades, libremente y tras una adecuada reflexión, deixo expresas Instrucciones sobre el destino de mi cuerpo y de sus órganos, una vez llegado el fallecimiento y declaro:

Que tras el largo camino de lo que considero "una persecución constante como periodista del Gobierno del PPdeG que preside el Sr Alberto Núñez Feijóo" y desde las mismas instituciones públicas que representa, donde emanan multitud de acciones judiciales contra mi persona, embargos injustificados, embargos sobre mis bienes hereditarios, vulneración de derechos, en lo que entiendo como único fin, provocar la incapacidad a través de la depresión, miedo y terror, para lograr un adelanto de mi muerte recortando mi esperanza de vida, todo ello a fecha de este testamento vital, dichas acciones han provocado una merma en mi supervivencia y en mi estado anímico en la que sobreviví bajo " la presunta amenaza constante de ser sentenciado en sede judicial por acciones de “recaderos” del PPdeG y del Sr Feijóo " sin ninguna otra posibilidad de salir de la misma, a la

contra el Sr Feijóo “ vive olgadamente de representarme politicamente ” cuyo sobrado conocimiento de esta situación a través de centenas de escritos ha hecho caso omiso, a pesar de que la CONSTITUCIÓN dice que todos somos iguales ante la Ley, el hecho cierto es que no es así, solo hay que acudir a los medios de comunicación para comprender la realidad (el partido político del Sr Feijóo se encuentra entre los más corruptos del Mundo) sobre todo ello, considero desde lo más profundo de mi ser, que hay sobrados motivos para que sea otorgado este Documento Vital a favor del Sr D. Alberto Núñez Feijóo al realizar sobre el resto de mis allegados todos los méritos para concesión.

Que no deseo para mí una vida dependiente en la que necesite la ayuda de otras personas para realizar las “actividades básicas de la vida diaria”, (vestirme, usar el servicio, comer...).

Que si llego a una situación en la que no sea capaz de expresarme personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud a consecuencia de un padecimiento que me haga dependiente de los demás de forma irreversible, es mi voluntad clara e inequívoca no vivir en esas circunstancias y que se me permita morir con dignidad, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas:

1. Rechazo todo tratamiento (que conste bajo los recortes sociales iniciados por el PP en las instituciones, copagos etc) que contribuya a prolongar mi vida: técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos (incluidos los antibióticos) o alimentación por sonda o gastrostomía, solicitando una limitación del esfuerzo terapéutico que sea respetuosa con mi voluntad.

2. Solicito unos cuidados paliativos adecuados al final de la vida (aunque estos hayan sido retirados por las acciones políticas del Sr Feijóo) , que se me administren los fármacos que alivien mi sufrimiento, especialmente –aún en el caso de que pueda acortar mi vida aún más- una sedación paliativa que me procure una muerte serena y en especial que no se me traslade la posible negativa del Sr Alberto Núñez Feijóo sobre este documento vital.

3. Si para entonces la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante eutanasia activa, es mi voluntad morir de forma rápida e indolora de acuerdo con la lex artis ad hoc.

4.- Que en el mismo momento de la certificación médica de mi fallecimiento se nombre propietario del mismo al Excmo Sr D. Alberto Núñez Feijóo por donación expresa y directa del fallecido.

5. Hago donación de mi cuerpo para que después de mi fallecimiento sea entregado a su nuevo propietario Sr D. Alberto Núñez Feijóo, Presidente de la Xunta de Galicia y Secretario del Partido Popular de Galicia, en la mejor de las condiciones para evitar el rechazo visual del Sr Feijóo.

6. Consiento que mi cuerpo, después del fallecimiento, pueda ser trasladado hasta la residencia del Sr D. Alberto Núñez Feijóo para su entrega cumpliendo mi voluntad, para los fines que considere oportunos, velarlo, darle sepultura, rechazarlo ante los medios de comunicación convocados con anterioridad, cremarlo, congelarlo o cualquier otra medida donde siempre esten presentes y legalmente convocados todos los medios de comunicación.

3. Una vez completada la decisión tomada procederá a emitir en cualquier caso un comunicado a todos los medios de comunicación con los actos realizados de los restos mortales, a cuya solicitud expresa le solicito “destine para el pago, la suma dineraria recolectada de los derechos sociales robados en contra de mi voluntad, y recaudados durante su mandato” y que podrían formar parte de las “subidas salariales desproporcionadas” y los “suplementos y pluses” que se autoaprobaron como grupo mayoritario en el Parlamento de Galicia cada 3 meses.

Todos los trámites necesarios y los costes derivados de la donación, siempre que se cumplan las condiciones establecidas en este documento, correrán a cargo "del sueldo del Sr D. Alberto Núñez Feijoo como Presidente de la Xunta de Galicia, que será responsable de su preservación, cuidado y seguridad hasta que la voluntad sobre los restos se hayan completados.

El nombrar heredero directo al Sr D. Alberto Núñez Feijoo sólo expreso una opción generosa y voluntaria que en ningún caso le compromete ni me impide cambiar de opinión.

De acuerdo con la Ley designo como mi REPRESENTANTE a:

Los distintos registros autonómicos y perfectamente conectados al Registro gallego de instrucciones previas se hará a través de la historia clínica electrónica (IANUS) cuya gestión corresponde al SERGAS "Xunta de Galicia", Procedimiento SA210A cuyo registro con certificado digital del declarante junto al formulario cubierto del Procedimiento SA210A.

**DELGADO GONZALEZ
MIGUEL ANGEL -
32413124Y**

Firmado digitalmente por DELGADO GONZALEZ MIGUEL
ANGEL - 32413124Y
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES,
serialNumber=32413124Y, sn=DELGADO GONZALEZ,
givenName=MIGUEL ANGEL, cn=DELGADO GONZALEZ
MIGUEL ANGEL - 32413124Y
Fecha: 2018.02.24 15:34:45 +01'00'

RECIBO DE PRESENTACIÓN NO REXISTRO ELECTRÓNICO DA XUNTA DE GALICIA

A solicitude, escrito ou comunicación para Inscripción no rexistro galego de instrucións previas presentada por MIGUEL ANGEL DELGADO GONZALEZ con NIF 32413124Y tivo entrada no Rexistro Electrónico da Xunta de Galicia cos seguintes datos:

NÚMERO DE ENTRADA 2018/489419	DATA E HORA DA PRESENTACIÓN 24-02-2018 15:46	DESTINO SECRETARÍA XERAL TÉCNICA DA CONSELLERÍA DE SANIDADE
---	--	---

A seguinte táboa recolle un resumo electrónico da solicitude, escrito ou comunicación presentada e, se fose o caso, un índice e un resumo electrónico da documentación que se declara achegar:

Documento achegado	Nome do arquivo	Resumo electrónico do arquivo
Solicitude.	Solicitude-SA210A-20180224.pdf	F35DBFD6FD2E4C35BFC0DD26F1A4ABA7C4B37809
Documento de instrucións previas.	documentotestamentovital.pdf	C7AB989A7B171E3A939EB83EF6FC58E64F8E839D
Documento acreditativo da representación da persoa solicitante.	generarPlantillaPDF.pdf	8BB056F51987861D247659C9DD93359A1A96B322
Outros.	documentotestamentovital.pdf	C7AB989A7B171E3A939EB83EF6FC58E64F8E839D

