

**DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE INTERLOCUTOR**

D/D<sup>a</sup> ....., con DNI ....., nacido el día .....  
de ..... de ..... y, por tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar, y  
con domicilio en .....  
Localidad ....., Provincia ....., C.Postal .....  
Teléfono 1: ....., Teléfono 2: ....., C. Electrónico: .....

**ACEPTO REPRESENTAR A:**

D/D<sup>a</sup> ....., con DNI<sup>1</sup> ....., nacido el día .....  
de ..... de ....., a fin de hacer efectiva la aplicación de las Instrucciones  
Previas que ha otorgado, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el  
ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro  
correspondiente, así como en su desarrollo reglamentario posterior.

Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este Documento por la persona a la  
cual represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien  
represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado  
previamente este Documento.

Me comprometo a guardar confidencialidad de la información contenida en este Documento, según la  
legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firma y rúbrica (del representante):

**DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE INTERLOCUTOR SUSTITUTO**

D/D<sup>a</sup> ....., con DNI ....., nacido el día .....  
de ..... de ..... y, por tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar, y  
con domicilio en .....  
Localidad ....., Provincia ....., C.Postal .....  
Teléfono 1: ....., Teléfono 2: ....., C. Electrónico: .....

**ACEPTO REPRESENTAR DE FORMA SUSTITUTORIA A:**

D/D<sup>a</sup> ....., con DNI<sup>1</sup> ....., nacido el día .....  
de ..... de ....., a fin de hacer efectiva la aplicación de las Instrucciones  
Previas que ha otorgado, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el  
ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro  
correspondiente, así como en su desarrollo reglamentario posterior.

Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este Documento por la persona a la  
cual represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien  
represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado  
previamente este Documento.

Me comprometo a guardar confidencialidad de la información contenida en este Documento, según la  
legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firma y rúbrica (del representante sustituto):

<sup>1</sup> Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE