REVOCACIÓN DE LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Cumplimentar por solicitante y remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación mediante el MR)

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Yo, ,

con DNI/NIE/Pasaporte: Nacionalidad mayor de edad,

con domicilio en (Calle/Avda./Plaza)

Nº Piso Puerta Localidad

Código Postal Provincia

Teléfono/s de contacto

Correo electrónico para notificaciones:

DECLARO

- Que, con fecha presenté solicitud de prestación de ayuda para morir.
- Que, con la fecha de firma, SOLICITO:

La **REVOCACIÓN** de dicha solicitud.

En , a de de 202

FIRMA

Fdo.: (Nombre y apellidos)

FIRMA POR OTRA PERSONA (ante la imposibilidad funcional para firmar el/la solicitante)

Yo,

mayor de edad y plenamente capaz, con DNI

DECLARO que:

D/Dª

no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Por lo cual, firmo yo, en su nombre, el presente documento

En , a de de 202

FIRMA

Fdo.: (Nombre y apellidos)

MEDICO RESPONSABLE QUE RUBRICA LA REVOCACION DE LA SOLICITUD

Nombre y apellidos

Especialidad Colegiado/a en con el nº

Centro de trabajo

Teléfono Correo electrónico

En , a de de 202

FIRMA

Fdo.: (Nombre y apellidos)

Información sobre protección de datos de carácter personal

Sus datos personales serán tratados con la finalidad indicada en el documento objeto de firma y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable. La base jurídica que legitima el tratamiento es su consentimiento conforme a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley.

El responsable del tratamiento de datos es la Dirección General Asistencial, con domicilio en Paseo de la Castellana 280, 28046 Madrid**,** ante el que podrá revocar en todo momento el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente.

El Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en C/ Paseo de la Castellana, nº 280, 28046 Madrid.

protecciondedatos.sanidad@madrid.org

Además, en caso de disconformidad con el tratamiento de los datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.