Comunidad de Madrid | CONSEJERÍA DE SANIDAD

Servicio Madrileño de Salud

Modelo 13
Expediente nº

CIPA paciente:

SOLICITUD DE APLAZAMIENTO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Cumplimentar por el solicitante y remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación, mediante 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 la primera solicitud de la prestación de ayuda para morir.
- Que, con fecha la Comisión de Garantía y Evaluación reconoció mi derecho a recibir la prestación correspondiente al número de expediente
- Que deseo aplazar temporalmente la realización de la prestación de ayuda para morir,
- Que he sido informado/a de que, cuando el aplazamiento se prolongue durante un periodo superior a seis meses podrá resultar necesario verificar nuevamente la persistencia de los requisitos clínicos y legales exigidos para la realización de la prestación, conforme a las recomendaciones contenidas en el Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia. 2.ª Edición.

SOLICITO APLAZAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR

Solicito aplazamiento hasta la fecha aproximada:

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 de firmar el presente documento, por los siguientes motivos:

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 EL APLAZAMIENTO SOLICITADO POR EL/LA PACIENTE O SU REPRESENTANTE

Nombre y apellidos _____ Especialidad _____

Colegiado/a en _____ con nº _____ Centro de trabajo _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

En _____ , a _____ de _____ de 202 _____

FIRMA MEDICO RESPONSABLE

_____

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.