PRIMERA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

SOLICITANTE

D/Dª: Sexo

DNI/NIE/Pasaporte Nacionalidad

Fecha de nacimiento / / País de nacimiento

Domicilio en (Calle/Avda./Plaza)

Nº Piso Puerta Localidad

Código Postal Provincia

Teléfono/s de contacto

Correo electrónico para notificaciones

Convivencia (Con familiares directos / En pareja / Institucionalizado / Otras personas / Solo)

Teniendo en cuenta que soy mayor de edad y poseo: (marque únicamente una opción)

- ☐ La Nacionalidad Española
- ☐ La residencia legal en España
- ☐ Un certificado de empadronamiento que acredita un tiempo de permanencia en territorio español superior a 12 meses.

DECLARO

Que padezco un proceso incurable que me origina un sufrimiento constante e intolerable, que no me encuentro incapacitado judicialmente, que soy capaz y consciente de mis actos en el momento de formular esta solicitud, que no tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud, y que tras una serena reflexión de forma libre, voluntaria y consciente

SOLICITO LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR,

que firmo en presencia de un profesional sanitario y a quien entrego copia de mi documento identificativo

En , a de de 202

FIRMA DEL SOLICITANTE

Fdo.: (Nombre y apellidos)

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 95.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en los procedimientos iniciados a solicitud del interesado, cuando se produzca su paralización por causa imputable al mismo por espacio de tres meses, la Administración acordará el archivo de las actuaciones, notificándoselo al interesado. Contra la resolución que declare la caducidad procederán los recursos pertinentes.

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 físicas para firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Por lo cual, firmo yo, en su nombre la presente petición, aportando copia de mi documento identificativo

En , a de de 202

FIRMA

Fdo.: (Nombre y apellidos)

PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRIMERA SOLICITUD

Nombre y apellidos

Categoría profesional Colegiado/a en Nº

Centro de trabajo Especialidad

Teléfono Correo electrónico

En a de de 202

FIRMA

Fdo.: (Nombre y apellidos)

Diagnóstico/patología principal que motiva la solicitud

Esta solicitud será firmada por el paciente en presencia del profesional sanitario que también la firmará en la misma fecha. Cuando el paciente no pueda firmar debido a dificultades motoras u otra imposibilidad física, podrá hacerlo otra persona mayor de edad en su nombre, en su presencia y debidamente identificada. Se entregará una copia al paciente. Para su registro, se remitirá una copia al correo de la Unidad de Eutanasia (**eutanasia@salud.madrid.org**) adjuntando DNI u otro documento identificativo del paciente. Una vez finalizadas las actuaciones previstas en el procedimiento, el/la Médico/a Responsable remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación toda la documentación generada, incluida esta primera solicitud, para la asignación del número de expediente y la realización de las actuaciones que procedan conforme a la Ley.

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/ 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.