Modelo 1.2
Expediente nº _____
No cumplimentar por MR

CIPA paciente:

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE (Art 5.2 LORE)

(Presentado por parte del/la Médico habitual o por otra persona, con Instrucciones Previas)

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

Representante del/la paciente

Nombre y apellidos DNI/NIE/pasaporte

con domicilio en (Calle/Avda./Plaza)

(Si el representante es el médico, indicará la dirección del centro de trabajo)

Nº Piso Puerta Localidad

Código Postal Provincia

Teléfono/s de contacto

Correo electrónico para notificaciones:

Mayor de edad y plenamente capaz, en calidad de:

☐ Representante en Instrucciones Previas

☐ Otra persona en representación del/la paciente

☐ Médico/Enfermera habitual. Colegiado/a Centro de trabajo

Teniendo en cuenta que el/la **paciente**, mayor de edad:

D/Dª: Sexo

DNI/NIE/Pasaporte Nacionalidad

Fecha de nacimiento / / País nacimiento

Domicilio en (Calle/Avda./Plaza)

Nº Piso Puerta Localidad

Código Postal Provincia

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

no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de prestación de ayuda para morir y conociendo la existencia de un Documento de Instrucciones Previas, Testamento Vital, Voluntades Anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido de fecha el cual adjunto a esta solicitud, de igual modo se adjunta copia de los documentos identificativos.

SOLICITO EN SU NOMBRE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(*Según el artículo 5.2 de la LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*)

En , a de de 202

FIRMA

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.

PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRIMERA SOLICITUD

Nombre y apellidos

Categoría profesional Colegiado/a en , con el 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 interlocutor del paciente en presencia del profesional sanitario que también la firmará en la misma fecha. Se entregará una copia firmada al interlocutor del paciente. Para su registro, se remitirá una copia al correo de la Unidad de Eutanasia (**eutanasia@salud.madrid.org**), adjuntando copia del documento de Instrucciones Previas y del DNI/NIE tanto del paciente como del interlocutor 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 solicitud, para la asignación del número de expediente y la realización de las actuaciones que procedan conforme a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

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.