Comunidad de Madrid | CONSEJERÍA DE SANIDAD

Servicio Madrileño de Salud
SaludMadrid

Modelo 14

Expediente nº _____

Dato a cumplimentar por la Administración

RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(El solicitante dispone de **15 días a partir de la fecha de la notificación escrita de la denegación** para realizar una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad de Madrid)

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

Yo,

con DNI/NIE nº: Nacionalidad

Fecha de nacimiento / / Sexo 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 solicitud de la prestación de ayuda para morir.
- Que, con fecha recibí escrito de **DENEGACIÓN** firmado por el/la:

☐ Médico Responsable ☐ Médico Consultor ☐ Comisión de Garantía y Evaluación

(seleccionar únicamente 1 opción, la que corresponda en su caso)

Especificar el nombre del *Médico Responsable* o del *Médico Consultor*, según proceda el informe desfavorable:

Por ello, presento una **RECLAMACIÓN** ante la **Comisión de Garantía y Evaluación** por los siguientes motivos:

(en caso de falta de espacio para argumentar la reclamación, podrá adjuntar un anexo firmado en la misma fecha de este documento y haciéndolo constar expresamente)

En a de de 202

FIRMA DEL PACIENTE SOLICITANTE

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)

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.

La reclamación podrá presentarla, previa cita, a través de la Oficina de Asistencia en Materia de Registro del Servicio Madrileño de Salud, sita en la Planta Baja de c/ Paseo de la Castellana 280 de Madrid o en cualquier otro Registro Público (estatal, autonómico o local) de acuerdo con la legislación vigente.
Enlace a la página para solicitar cita previa en las oficinas de registro de la Comunidad de Madrid:

https://www.comunidad.madrid/servicios/informacion-atencion-ciudadano/cita-previa-oficinas-registro-atencion-ciudadano

Asimismo, podrá presentarse telemáticamente a través de la página web: www.madrid.org.

COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
DIRECIÓN GENERAL ASISTENCIAL
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD
C/ Castellana 280, 3ª Planta. 28046 MADRID