Comunidad de Madrid | CONSEJERÍA DE SANIDAD

Servicio Madrileño de Salud

Modelo 3
Expediente nº _____
No cumplimentar por MR

CIPA paciente:

SEGUNDA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Transcurridos más de 15 días desde el día siguiente a la Primera Solicitud)

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

DATOS DEL SOLICITANTE

Yo,

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

Fecha de nacimiento / / Sexo

Con domicilio en (Calle/Avda./Plaza)

Nº Piso Puerta Localidad

Código Postal Provincia

Teléfono/s de contacto

Correo electrónico para las notificaciones:

DECLARO

- Que con fecha firmé la primera solicitud para solicitar la prestación de ayuda para morir, y con fecha inicié el primer proceso deliberativo con el/la médico responsable y, en su caso, con el/la enfermera referente para esta prestación sanitaria.
- Que dispongo de información escrita sobre mi proceso médico, las alternativas disponibles, incluidos los cuidados paliativos integrales, así como sobre las prestaciones a las que pudiera tener derecho.
- Que no tengo ninguna presión externa que motive continuar con el trámite de esta solicitud.
- Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento de formular esta solicitud y que, habiendo transcurrido al menos quince días desde la firma de mi primera solicitud, y tras la evaluación efectuada por el/la médico/a responsable, he sido informado/a de que cumplo los requisitos legalmente exigidos para continuar la tramitación del procedimiento.

MANTENGO MI VOLUNTAD DE CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR, de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

En a 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)

MÉDICO RESPONSABLE QUE RUBRICA LA SEGUNDA 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)

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.