

MODELO 1

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
(arts. 3.g), 5.1.c) y 6 L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE:

Apellidos y nombre:
DNI:
Fecha de nacimiento:
Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:
Sexo:
Domicilio:
Localidad: Provincia: CP:
Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):
Teléfono: Correo electrónico:

2. DATOS DE LA PERSONA QUE ACTÚA COMO REPRESENTANTE INTERLOCUTOR/A:

Apellidos y nombre:
DNI:
Fecha de nacimiento:
Sexo:
Domicilio:
Localidad: Provincia: CP:
Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):
Teléfono: Correo electrónico:

3. TIPO DE SOLICITUD: Primera solicitud de prestación de ayuda para morir

El/la paciente solicitante manifiesta, libre e inequívocamente, su voluntad de acceso a la prestación de ayuda a morir.

OPCIONAL. El paciente sugiere como médico/a responsable de la prestación de eutanasia a
D. _____

En caso de no realizar sugerencia sobre médico/a responsable, será la Dirección del Área Sanitaria correspondiente la encargada de realizar la designación del mismo.

4. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

- Fotocopia del DNI del/la solicitante y de la persona que actúa como representante interlocutor/a.
- Documento que acredita la Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento
- Documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente suscrito por el/la paciente representado/a.

5. LUGAR, FECHA Y FIRMA:

Esta solicitud se suscribe en presencia de profesional sanitario/a que firma al pie.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo: el/la paciente solicitante
o persona representante interlocutor/a

Fdo: profesional sanitario/a
Nombre y Apellidos:
Número de Colegiado/a: