

FORMULARIO DECLARACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA INDIVIDUAL PARA PROFESIONALES SANITARIOS DIRECTAMENTE IMPLICADOS EN LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Artículo 16, Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. DATOS DEL PROFESIONAL

D. /Dña.: _____ con

DNI nº _____

Categoría profesional/Especialidad _____

Centro Sanitario _____

Servicio _____

2. DECLARO:

1.- Que conozco el contenido de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

2.- Que comprendo el contenido y alcance del art 16 de la LO 3/2021, en particular, el reconocimiento de mi derecho a la objeción de conciencia, y por medio del presente acto manifiesto mi voluntad de ejercerlo en relación con la prestación de ayuda a morir.

3.- Que no obstante mantengo la vinculación con el paciente solicitante de la ayuda médica a morir para el resto de las prestaciones y servicios asistenciales que le puedan corresponder.

En _____, a _____ de _____ 202_

Firma del Profesional

Firma del responsable del registro del Área ____