

## 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 \_\_\_\_