

**FORMULARIO DE REVOCACIÓN DE LA 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:**

Que por medio de la presente, manifiesto mi voluntad de revocar mi declaración a  
la objeción de conciencia efectuada en fecha \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 202\_\_

Firma del profesional

Firma del responsable del registro del Área \_\_\_\_\_