

**DOCUMENTO PRIMERO**

*(Artc 12.a) Comunicación a la comisión de garantía y evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir)*

**Nombre y apellidos del/la Solicitante** .....

**DNI/NIE**..... **Domicilio en (localidad)** .....

**en C/Avda./plaza/...** ..... nº .....

bloque ..... puerta ..... DP ..... Provincia .....

**Nombre y apellidos de la persona autorizada que le asiste** .....

**DNI/NIE**..... **Domicilio en (localidad)** .....

**en C/Avda./plaza/...** ..... nº .....

bloque ..... puerta ..... DP ..... Provincia .....

**Nombre y apellidos del Médico responsable** .....

Centro de trabajo .....

Número de identificación profesional (nº de colegiado o equivalente) .....

**Nombre y apellidos del Médico consultor** .....

Centro de trabajo .....

Número de identificación profesional (nº de colegiado o equivalente) .....

**Nombre y apellidos de la persona que consta como representante en el documento de instrucciones previas o equivalente**

**Nombre y apellidos de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho**

En....., a..... de..... de 202....

FIRMA MÉDICO RESPONSABLE

(Puede consultar la información sobre protección de datos al reverso de este documento)

### **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 de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en C/ Melchor Fernández Almagro, nº 1, 28029 Madrid.

En todo momento podrá revocar 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 al Responsable del Tratamiento de Datos, con domicilio en C/ Melchor Fernández Almagro, 1. 28029 Madrid, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente.

[protecciondedatos.sanidad@madrid.org](mailto: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 mediante escrito (C/ Jorge Juan, 6, 28001-Madrid) o formulario en su Sede electrónica: <https://sedeagpd.gob.es/sede-electronica-web/>