



RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Dispone de 15 días a partir de la fecha de la denegación para realizar una reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad de Madrid)

Yo, con DNI/NIE nº mayor de edad, con domicilio en (localidad)..... C/..... Nº..... CP..... Teléfono..... Correo electrónico.....

DECLARO

- Que, con fecha presenté Solicitud de Prestación de ayuda para morir.
- Que, con fecha..... recibí escrito de **DENEGACIÓN** firmado por el médico responsable.....

Por ello, presento una **RECLAMACIÓN** ante la **Comisión de Garantía y Evaluación** por los siguientes motivos:

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

FIRMA
Fdo.: (nombre y apellidos)

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar del solicitante)

Yo,..... con DNI.....

DECLARO

Que..... no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

-
-

Por lo cual, firmo yo, en su nombre, el presente documento

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

FIRMA
(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

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/>