Comunidad de Madrid | CONSEJERÍA DE SANIDAD

Servicio Madrileño de Salud
SaludMadrid

Modelo 1.1
Expediente nº _____

PRIMERA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

SOLICITANTE

D/Dª:
DNI/NIE/Pasaporte: Nacionalidad
Fecha de nacimiento / / Sexo
Domicilio en (Calle/Avda./Plaza)
Nº Piso Puerta Localidad
Código Postal Provincia
Teléfono/s .
Correo electrónico para notificaciones:

Teniendo en cuenta que soy mayor de edad y poseo: (señale lo que proceda)

- ☐ La Nacionalidad Española
- ☐ La residencia legal en España
- ☐ Un certificado de empadronamiento que acredita un tiempo de permanencia en territorio español superior a 12 meses.

DECLARO

Que padezco un proceso incurable que me origina un sufrimiento constante e intolerable, que no me encuentro incapacitado judicialmente, que soy capaz y consciente de mis actos en el momento de formular esta solicitud, que no tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud, y que tras una serena reflexión de forma libre, voluntaria y consciente

SOLICITO LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

En , a de de 202

FIRMA DEL SOLICITANTE
Fdo.: (Nombre y apellidos)

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

FIRMA POR OTRA PERSONA (ante la imposibilidad de firmar del solicitante)

Yo,

mayor de edad y plenamente capaz, con DNI

DECLARO que:

D/Dª

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

Fdo.: (Nombre y apellidos)

PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y apellidos

con DNI Profesión Colegiado/a en

con el nº Centro de trabajo

Teléfono Correo electrónico

En , a de de 202

FIRMA

Fdo.: (Nombre y apellidos)

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 del Proceso Integrado de Salud, con domicilio en Paseo de la Castellana 280, 28046 Madrid, ante el que podrá revocar en todo momento 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, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente.

El 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 Digital.
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.