



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD

**SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR  
EN NOMBRE DEL PACIENTE (Art 5.2 LORE)**

(Presentado por parte del/la Médico Responsable o por otra persona)

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

**Representante del/la paciente**

Nombre y apellidos.....

DNI/NIE/pasaporte: .....

con domicilio en (Calle/Avda./Plaza) .....

(Si el representante es el médico, indicará la dirección del centro de trabajo)

Nº ..... Piso ..... Puerta ..... Localidad.....

Código Postal ..... Provincia .....

Teléfono/s .....

Correo electrónico para notificaciones: .....

Mayor de edad y plenamente capaz, en calidad de:

- Representante  
 Otra persona  
 Médico Responsable: Colegiado.....  
Centro de trabajo .....

**Teniendo en cuenta que el/la paciente**D/D<sup>a</sup>: .....

DNI/NIE/Pasaporte: ..... Nacionalidad .....

Fecha de nacimiento ...../...../..... Sexo .....

Domicilio en (Calle/Avda./Plaza) .....

Nº ..... Piso ..... Puerta ..... Localidad.....

Código Postal ..... Provincia .....

Teléfono/s .....

no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de prestación de ayuda para morir y conociendo la existencia de un Documento de Instrucciones Previas, Testamento Vital, Voluntades Anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido de fecha ..... el cual adjunto a esta solicitud.

**SOLICITO EN SU NOMBRE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

(Según el artículo 5.2 de la LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

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

**FIRMA**

Fdo: (Nombre y apellidos)

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

## **PROFESIONAL SANITARIO QUE RÚBRICA 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.

[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.