

SEGUNDA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(transcurridos más de 15 días desde la Primera Solicitud)

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

DATOS DEL SOLICITANTE

Yo,

mayor de edad, con DNI/NIE/Pasaporte:..... Nacionalidad.....

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

Con domicilio en (Calle/Avda./Plaza)

Nº..... Piso Puerta Localidad

Código Postal Provincia

Teléfono/s

Correo electrónico para las notificaciones:

DECLARO

- Que con fecha solicité la prestación de ayuda para morir, y con fecha inicié el proceso deliberativo con el equipo asistencial.
- Que dispongo por escrito de la información sobre mi proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios, así como a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
- Que no tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud.
- Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento de formular esta solicitud y habiendo transcurridos un mínimo de 15 días desde mi primera solicitud.

SOLICITO POR SEGUNDA VEZ LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

FIRMA DEL PACIENTE 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/D^a

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 RECIBE 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 de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, 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

Además, en caso de disconformidad con el tratamiento de los datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.