



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD



SaludMadrid

Servicio Madrileño de Salud

Modelo 9

Expediente nº _____

DOCUMENTO PRIMERO

(Artc 12.a) Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir. Remitir también cuando: Denegación/Revocación/Fallecimiento durante el proceso)

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

Nombre y apellidos del/la solicitante

DNI/NIE/Pasaporte..... Nacionalidad

Domicilio en (Calle/Avda./Plaza)

Nº Piso Puerta Localidad.....

Código Postal Provincia

Nombre y apellidos del Equipo Asistencial Responsable de la asistencia:

Médico/aColegiado/a

Enfermero/aColegiado/a

Enfermero/aColegiado/a

Nombre y apellidos del/la Médico Responsable

Centro de trabajo

Número de identificación profesional (nº de colegiado/a).....

Nombre y apellidos del/la Médico Consultor

Centro de trabajo

Número de identificación profesional (nº de colegiado/a)

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

.....

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

.....

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

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

Fdo.: (Nombre y apellidos)

(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 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

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