

**PRIMERA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

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

**SOLICITANTE**

D/D<sup>a</sup>: ..... Sexo  
DNI/NIE/Pasaporte ..... Nacionalidad.....  
Fecha de nacimiento ...../...../ ..... País de nacimiento  
Domicilio en (Calle/Avda./Plaza) .....  
Nº ..... Piso ..... Puerta ..... Localidad .....  
Código Postal ..... Provincia .....  
Teléfono/s .....  
Correo electrónico para notificaciones .....  
Convivencia (Con familiares directos / En pareja /  
Institucionalizado / Otras personas / Solo)

Teniendo en cuenta que soy mayor de edad y poseo: (señale solo una de las opciones, según corresponda)

- 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 2023

FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
Fdo.: (Nombre y apellidos)

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

Yo, .....  
mayor de edad y plenamente capaz, con DNI .....

**DECLARO** que:

D/D<sup>a</sup> .....  
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)

Esta solicitud será firmada por el solicitante en presencia del profesional sanitario que también la firmará, en la misma fecha. Se entregará una copia firmada al solicitante. Para su registro, se remitirá una copia al correo de la Unidad de Eutanasia: [eutanasia@salud.madrid.org](mailto:eutanasia@salud.madrid.org). El original se adjuntará a la documentación cuando se complete el procedimiento y el médico responsable lo comunique a la Comisión de Garantía y Evaluación.

**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 Asistencial, 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](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.