

**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^a:

DNI/NIE/Pasaporte N Nacionalidad

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

Domicilio en (Calle/Avda./Plaza)

Nº Piso Puerta Localidad.....

Código Postal Provincia

Teléfono/s Convivencia
(Con familiares directos / En pareja / Institucionalizado / Otras personas / Solo)

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)

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. 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.

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.