

## RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(El solicitante dispone de **15 días a partir de la fecha de la notificación escrita de la denegación** para realizar una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad de Madrid)  
*Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*

Yo, .....  
con DNI/NIE nº:.....Nacionalidad .....  
Fecha de nacimiento ...../...../..... Sexo ..... mayor de edad, con domicilio en  
(Calle/Avda/Plaza).....  
Nº..... Piso..... Puerta..... Localidad .....  
Código Postal ..... Provincia .....  
Teléfono/s.....  
Correo electrónico para notificaciones .....

### DECLARO

- Que, con fecha ..... presenté solicitud de prestación de ayuda para morir.
- Que, con fecha ..... recibí escrito de **DENEGACIÓN** firmado por el/la:

Médico Responsable      Médico Consultor      Comisión de Garantía y Evaluación  
(seleccionar solo 1 opción, la que corresponda en su caso)

Especificar el nombre del Médico Responsable o del Médico Consultor, según proceda el informe desfavorable:

.....

Por ello, presento una **RECLAMACIÓN** ante la **Comisión de Garantía y Evaluación** por los siguientes motivos:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

FIRMA DEL PACIENTE 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)

**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](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.

La reclamación podrá presentarla, previa cita, a través de la Oficina de Asistencia en Materia de Registro del Servicio Madrileño de Salud, sita en la Planta Baja de c/ Paseo de la Castellana 280 de Madrid o en cualquier otro Registro Público (estatal, autonómico o local) de acuerdo con la legislación vigente.

Puede solicitar cita previa para presentar documentación en las oficinas de registro de la Comunidad de Madrid, en la página:

<https://www.comunidad.madrid/servicios/informacion-atencion-ciudadano/cita-previa-oficinas-registro-atencion-ciudadano>

Asimismo, podrá presentarse telemáticamente a través de la página web: [www.madrid.org](http://www.madrid.org).

**COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN  
DIRECCIÓN GENERAL ASISTENCIAL  
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD  
C/ Castellana 280, 3ª Planta. 28048 MADRID**