



**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE**  
  
(Complementar cuando se constate que el solicitante tiene una incapacidad de hecho y ha solicitado la prestación de ayuda para morir en un documento de instrucciones previas u otro documento equivalente legalmente reconocido)

Yo,.....  
con DNI/NIE/PASAPORTE.....  
Y domicilio en (\*) Calle/Avda./Plaza.....  
Nº ..... Piso ..... Puerta ..... Localidad.....  
Código Postal ..... Provincia .....  
Teléfono/s .....  
Correo electrónico para notificaciones: .....  
(\* Si el representante es el médico que lo trata, indicar la dirección del centro de trabajo.

Mayor de edad y plenamente capaz, **en calidad de:**

- Representante**
- Persona capaz y mayor de edad distinta a su representante**
- Médico:** Nº de colegiado.....

Teniendo en cuenta que **la persona solicitante,**

D/Dª: .....  
DNI/NIE/Pasaporte: ..... Nacionalidad .....  
Fecha de nacimiento ...../...../ ..... Sexo .....  
Domicilio en (Calle/Avda./Plaza) .....  
Nº ..... Piso ..... Puerta ..... Localidad.....  
Código Postal ..... Provincia .....  
Teléfono/s .....

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)

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

**Artículo 4. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.**

*4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia.*