



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 1ª Solicitud

La solicitud debe ser firmada por el solicitante y en presencia de un profesional sanitario, que rubricará la solicitud. Si hay imposibilidad física y justificada de la firma del solicitante, debe ser firmada en su nombre por otra persona capaz y mayor de edad, o usar otros medios que dejen constancia inequívoca de ella.

Yo, _____ DNI nº _____
mayor de edad, con domicilio en (Calle, Avda., Plaza) _____
Nº _____ Piso _____ Puerta _____ Código postal _____ Localidad _____
Teléfono/s _____ Correo electrónico _____

DECLARO

- Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento presente de formular esta solicitud
- Que NO tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud
- Que estimo que sufro una enfermedad que cumple los requisitos establecidos por la ley.

SOLICITO, POR PRIMERA VEZ

La prestación de ayuda para morir

En _____, a ____ de _____ de 20____

FIRMA

FIRMA POR OTRA PERSONA CAPAZ Y MAYOR DE EDAD (en caso de imposibilidad física de la firma del solicitante)

Yo, _____ DNI nº _____,

DECLARO

Que _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA

PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA SOLICITUD

Nombre y apellidos _____

DNI _____

Profesional _____

Centro de trabajo _____

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA

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

Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir. 1. La solicitud de prestación de ayuda para morir deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita. En el caso de que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. 2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.