

MODELO DE DOCUMENTO 1º

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Yo, _____ DNI nº _____
mayor de edad, con domicilio en (localidad) _____
C/ _____ Código postal
_____ Teléfono/s _____ Correo electrónico

DECLARO

Según la Ley 3 /2021, Orgánica de regulación de la eutanasia, se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en dicha Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

En ejercicio de este derecho declaro que soy mayor de edad, que mi nacionalidad es española o tengo residencia legal en España o acredito un tiempo de permanencia en territorio español superior a 12 meses; con residencia legal en el domicilio arriba indicado y que no me encuentre incapacitado judicialmente.

Tras una serena reflexión de **forma libre, voluntaria y consciente**

SOLICITO

La prestación de ayuda para morir, y la firma,

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA



FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, _____ DNI nº _____,

DECLARO

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

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA

PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y apellidos _____

DNI _____

Profesión _____

Colegiado nº _____

Centro de trabajo _____

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA