

## SEGUNDA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

Yo, \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono/s \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### DECLARO

- Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento presente de formular esta solicitud
- Que dispongo por escrito de la información sobre mi proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia
- Que NO tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud
- Que, con fecha \_\_\_\_\_ solicité la Prestación de ayuda para morir, y habiendo transcurridos más de 15 días desde mi primera solicitud,

### SOLICITO, POR SEGUNDA VEZ

la Prestación de ayuda para morir, y la firmo,

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

### FIRMA

*Solo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE.  
Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623*



**FIRMA POR OTRA PERSONA** (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_,

**DECLARO**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**

**PROFESIONAL QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI/NIE \_\_\_\_\_

Profesional \_\_\_\_\_

Centro de trabajo \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**