

**SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL  
PACIENTE**

*LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*

Nombre y apellidos, \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_,  
Con domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_  
Teléfono/s \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**En calidad de:**

- Representante
- Médico/a responsable
- Otra persona mayor de edad y plenamente capaz

Teniendo conocimiento que el paciente \_\_\_\_\_  
DNI/NIE \_\_\_\_\_ no se encuentra en el pleno uso de sus facultades y  
conociendo la existencia de un Documento de Voluntades Anticipadas (u otro) \_\_\_\_\_  
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 regulación de la eutanasia)*

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_