

## PRIMERA 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

- 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.

Y, que,

### APORTO

- Fotocopia DNI del/la persona que solicita
- Documento que acredita la Nacionalidad /residencia legal o Certificado de empadronamiento.
- Documento de expresión anticipada de voluntades.

Y, por tanto,

### SOLICITO

La prestación de ayuda para morir, y la firmo,

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

Fdo.:

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

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad y plenamente capaz, 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\_\_

**Fdo.:**

**PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD**

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

DNI \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Colegiado nº \_\_\_\_\_

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

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

**Fdo.:**