

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 o equivalente
- 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:

DIRIGIDO AL MEDICO RESPONSABLE D.....

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__

- -

DIRIGIDO AL MEDICO RESPONSABLE D.....