



SEGUNDA 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 **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, he presentado una primera solicitud para la Prestación de ayuda para morir, en fecha de, 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 202__

DIRIGIDO AL MÉDICO RESPONSABLE D.....



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 202__

Fdo:

PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y apellidos _____

DNI _____

Profesión _____

Colegiado nº _____

Centro de trabajo _____

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.:

DIRIGIDO AL MEDICO RESPONSABLE D.....