

Nº Expediente:

MODELO 1

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 1ª solicitud

Yo, con DNI nº
fecha de nacimiento, domicilio (localidad)
dirección Código postal
Teléfono/s.....Correo electrónico y teniendo en
cuenta que poseo:

- La Nacionalidad española.
- La residencia legal en España.
- Un certificado de empadronamiento en el que se acredita un tiempo de permanencia en el territorio español superior a doce meses.

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.
- Que estimo que sufro:
 - Una enfermedad grave e incurable.
 - Padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

Y, por tanto,

SOLICITO

La prestación de ayuda para morir

Y AUTORIZO

La cesión de los datos que contenga mi historia clínica al personal sanitario responsable de mi proceso, al médico consultor y a los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León que deban valorar y decidir sobre la aplicación de la prestación de ayuda para morir.

En a de de 20.....

FIRMA

(continua al dorso)

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización.
Finalidad	Gestión de la prestación de ayuda a morir en Castilla y León.
Legitimación	Necesidad para la gestión de la prestación de la ayuda para morir, en los términos de los artículos 6.1.e) y 9.2.h) del Reglamento General de Protección de Datos, en relación con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia
Destinatarios	Cesión de los datos contenidos en la Historia Clínica y resto de documentación acreditativa, al personal sanitario responsable del proceso asistencial del solicitante, del médico consultor y a los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León que deban valorar y decidir sobre la aplicación de la prestación de ayuda a morir
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID.
Información Adicional	Los datos de esta autorización serán incorporados a la Historia Clínica del solicitante de la prestación de ayuda a morir. Puede consultar información adicional en https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/ambito-sanitario/prestación-de-ayuda-para-morir

Conforme al artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y el art. 7 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en el caso de que el médico responsable del proceso deniegue la prestación de ayuda a morir, el plazo para resolver negativamente este procedimiento de solicitud de prestación de ayuda a morir, es de máximo 10 días contados desde el día de recepción de esta solicitud. Esta resolución negativa se puede reclamar ante la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León en el plazo máximo de 15 días desde la recepción de la resolución negativa. Con la presentación de esta solicitud el interesado declara recibir y conocer información sobre la prestación de ayuda a morir.

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, fecha de nacimiento.....
y plenamente capaz, con 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.....

FIRMA

PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y apellidos

DNIProfesión

Colegiado nº

Centro de trabajo

En a de de 20.....

FIRMA

MÉDICO RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR:

Nombre y apellidos

Nº de colegiado.....Fecha recepción 1ª solicitud.....

Centro de trabajo

En a de de 20.....

FIRMA