

Nº. Expte. ....

MODELO 4

## SEGUNDA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Yo, ..... DNI nº .....  
mayor de edad, con domicilio en (localidad) .....  
Domicilio ..... 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, con fecha ..... solicité la Prestación de ayuda para morir, 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...

**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....

**FIRMA**

**MÉDICO RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR:**

Nombre y apellidos .....

Nº de colegiado..... Fecha recepción 2ª solicitud .....

Centro de trabajo .....

En ..... a ..... de ..... de 20.....

**FIRMA**