

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