

Expediente nº

Modelo 11

Yo, (nombre y apellidos)

con DNI (o pasaporte o NIE) 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 tenido el tiempo suficiente para reflexionar sobre esta solicitud.
- Que, con fecha solicité por **primera vez** la prestación de ayuda para morir,
 - y habiendo transcurridos más de 15 días naturales desde mi primera solicitud.
 - habiendo transcurrido un período menor, por las razones que me ha explicado el médico responsable y que constan en mi historia clínica.

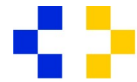
SOLICITO, POR SEGUNDA VEZ

La prestación de ayuda para morir, y la firma,

En , a de de 20

FIRMA

Expediente nº



FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo,

DNI/NIE nº

DECLARO

Que

no se encuentra en condiciones de

firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Para lo cual firmo yo, en su nombre, el presente documento.

En

a

de

de 20

FIRMA

MÉDICO RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN

Nombre y apellidos

Nº Colegiado/a

Fecha recepción segunda solicitud

Profesión

Centro de trabajo

En

, a

de

de 20

FIRMA