

Nº Expediente:

MODELO 1.a

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE**  
**(Presentado por otra persona)**  
(Art. 5.2 de la Ley Orgánica 2/2021)

Yo, ..... DNI nº .....  
mayor de edad y plenamente capaz.

**DECLARO**

Que el/la **paciente** ..... con DNI nº .....  
*no se encuentra no se encuentra en condiciones de firmar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de prestación de ayuda para morir por las siguientes razones:*

Que, con fecha ..... el paciente formalizó:

El Documento de Instrucciones previas .....

Otro documento: .....

Que dicho documento se adjunta a esta solicitud que firmo y presento en su nombre.

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

**FIRMA**

---

**PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD**

Nombre y apellidos .....

DNI .....Profesión .....

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**

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 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 <a href="https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/ambito-sanitario/prestación-de-ayuda-para-morir">https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/ambito-sanitario/prestación-de-ayuda-para-morir</a>

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.