

### DOCUMENTO PRIMERO

#### COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Art. 12.a de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo)

**1º.** Nombre y apellidos **Solicitante** .....

DNI nº.....

Domicilio .....

Nombre y apellidos de la **persona autorizada** que lo asiste:

.....

**2º.** Nombre y apellidos del/la **Médico/a responsable de la prestación:**

.....

Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) .....

Centro de trabajo.....

**3º.** Nombre y apellidos del/la **Médico/a consultor:**

.....

Número de identificación profesional (de colegiado o equivalente) .....

Centro de trabajo.....

**4º.** Nombre y apellidos de la persona que consta como **representante** en el documento de instrucciones previas o equivalente (si lo hubiera).....

Nombre y apellidos de la **persona que presentó la solicitud en nombre del paciente** en situación de incapacidad de hecho .....

En ....., a ..... de ..... de 202.....

**FIRMA FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN**