

Nº Expte.: .....

MODELO 12.1a

## DOCUMENTO PRIMERO

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

**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**