

Nº. Expte.: .....

MODELO 1.b

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR  
EN NOMBRE DEL PACIENTE  
(Presentado por parte del médico/a responsable)  
(Art. 5.2 de la Ley Orgánica 2/2021)**

**El facultativo** .....

**Colegiado/a nº:** ..... Centro de trabajo.....

Que trata a el/la paciente D./Dª ..... , D.N.I.....  
con domicilio en..... C.P. ....

Localidad/Provincia .....

**CERTIFICO**

Que el/la paciente *no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de prestación de ayuda para morir.*

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 puesto que no hay otra persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente.

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

**FIRMA FACULTATIVO**

**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**