

Nº Expte.:

MODELO 1.c

**CERTIFICADO DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA
MORIR EN FORMATO AUDIOVISUAL**

MÉDICO RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR:

Nombre y apellidos

Nº de colegiado..... Centro de trabajo

CERTIFICA

Que el/la paciente,, con DNI nº

fecha de nacimiento, domicilio (localidad)

dirección Código postal.....

Teléfono/s.....Correo electrónico.....

Ha realizado la solicitud de prestación de ayuda para morir en formato audiovisual, dado que su condición de salud no le permite fechar y firmar dicha solicitud.

Que la grabación se ha realizado el día en presencia del siguiente profesional sanitario que ratifica con su firma la veracidad de las condiciones de grabación (manifestación de la voluntad realizada libremente, sin presiones externas)

Nombre y apellidos

DNI Profesión

Colegiado nº..... Centro de trabajo

Firma Profesional sanitario

Que he recibido la grabación en formato audiovisual de la/s solicitud/es de prestación de ayuda para morir en las siguientes fechas

1ª solicitud el día.....

2ª solicitud el día.....

Que en la/s grabación/es se observa que el paciente está consciente y manifiesta libremente, sin ninguna presión externa:

- Que desea presentar la solicitud de prestación de ayuda para morir.
- Que autoriza la cesión de los datos que contiene su historia clínica al personal sanitario responsable de su proceso, al 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 para morir.
- Que conoce la información relativa a sus derechos sobre protección de datos de carácter personal relacionados con la tramitación de esta prestación

Fdo.: El Médico responsable de la prestación de ayuda para morir

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