



PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE POR EL MÉDICO/A QUE LO TRATA (SI NO EXISTE NINGUNA PERSONA QUE LA PUEDA PRESENTAR)

Yo, _____ **colegiado/a** n° _____
_____, **Médico/a** que trata al **Paciente**
_____ con **DNI** n° _____
mayor de edad y domicilio en (localidad)
_____ C/ _____ Código postal _____

DECLARO LO SIGUIENTE ANTE EL MÉDICO/A RESPONSABLE

- el paciente posee el documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido, de fecha: _____ que se adjunta al presente escrito, y en el que incluye la solicitud de prestación de ayuda a morir (**Modelo 5**)

Dado que no hay otra persona que pueda hacerlo,

PRESENTO EN SU NOMBRE

dicha solicitud de prestación de ayuda para morir, y la **firma**,

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia.