

MODELO DE DOCUMENTO 1º

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

Yo, \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_ Código postal  
\_\_\_\_\_ Teléfono/s \_\_\_\_\_ Correo electrónico  
\_\_\_\_\_

**DECLARO**

Según la Ley 3 /2021, Orgánica de regulación de la eutanasia, se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en dicha Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

En ejercicio de este derecho declaro que soy mayor de edad, que mi nacionalidad es española o tengo residencia legal en España o acredito un tiempo de permanencia en territorio español superior a 12 meses; con residencia legal en el domicilio arriba indicado y que no me encuentre incapacitado judicialmente.

Tras una serena reflexión de **forma libre, voluntaria y consciente**

**SOLICITO**

La prestación de ayuda para morir, y la firma,

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**



**FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)**

Yo, \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_,

**DECLARO**

Que \_\_\_\_\_ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**

**PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Colegiado nº \_\_\_\_\_

Centro de trabajo \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**