

Expediente nº

Modelo 11

Yo, (nombre y apellidos)

con DNI (o pasaporte o NIE) nº , mayor de edad, con domicilio en
(localidad) C/

Código postal Teléfono/s Correo electrónico:

DECLARO

- Que **soy capaz y consciente** de mis actos en el momento presente de formular esta solicitud.
- Que **dispongo por escrito de la información sobre mi proceso médico**, las **diferentes alternativas** y **posibilidades de actuación**, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
- Que **NO** tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud.
- Que, con fecha solicité por **primera vez** la Prestación de ayuda para morir, y habiendo transcurridos más de 15 días desde mi primera solicitud.

SOLICITO, POR SEGUNDA VEZ

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/NIE nº

DECLARO

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

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

En , a de de 20

FIRMA



MÉDICO RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN

Nombre y apellidos

Nº Colegiado/a Fecha recepción segunda solicitud

Profesión

Centro de trabajo

En , a de de 20

FIRMA