



Servicio  
Canario de la Salud

SOLICITUD DE PRESTACIÓN  
DE AYUDA PARA MORIR 1ª Solicitud  
(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)



Expediente nº

Modelo 1

Yo, (nombre y apellidos)

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

C/

Código postal  Teléfono/s  Correo electrónico

y teniendo en cuenta que poseo (marcar lo que proceda)

- La Nacionalidad española.
- La Residencia legal en España.
- Un Certificado de empadronamiento que acredite, un tiempo de permanencia en territorio español, superior a doce meses.

**DECLARO**

- Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento presente de formular esta solicitud.
- Que **NO tengo ninguna presión externa** que motive esta solicitud.
- Que estimo que sufro (marcar lo que proceda)
  - Una enfermedad grave e incurable.
  - Un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

**SOLICITO, POR PRIMERA VEZ**

La prestación de ayuda para morir, por lo que firmo,

En,  a,  de  de 20

Firma del/la paciente solicitante

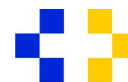
Nombre

DNI (o pasaporte o NIE) nº

Firma del Médico/a responsable

Nombre

Nº de Colegiado/a

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

Yo,  mayor de edad y plenamente capaz, con DNI/NIE 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/NIE

Profesión

Colegiado/a nº

Centro de trabajo

En  a,  de  de 20

**FIRMA**

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

**Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.** 1. La solicitud de prestación de ayuda para morir deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita. En el caso de que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. 2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.