

Expediente nº

Modelo 2.2

Yo, mayor de edad y plenamente capaz, con DNI nº

DECLARO

Que el/la paciente con DNI/NIE no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Que, con fecha

El paciente formalizó el documento de manifestaciones anticipadas de voluntad, instrucciones previas o testamento vital.

El paciente formalizó otro documento

Que dicho documento se adjunta con esta solicitud.

FIRMA

PROFESIONAL SANITARIO O MÉDICO/A RESPONSABLE QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y apellidos

DNI / NIE

Profesión

Colegiado/a nº

Centro de trabajo:

En

a,

de

de 20

de 20

FIRMA