

**SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE
DEL PACIENTE**

LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Nombre y apellidos _____ DNI/NIE _____,
con domicilio en (localidad) _____ Código postal _____
C/ _____
Teléfono/s _____ Correo electrónico _____

En calidad de:

- Representante
- Médico/a responsable
- Otra persona mayor de edad y plenamente capaz

Teniendo conocimiento que el paciente _____
DNI/NIE _____ no se encuentra en el pleno uso de sus facultades y
conociendo la existencia de un Documento de Voluntades Anticipadas (u otro) _____
el cual adjunto a esta solicitud,

SOLICITO EN SU NOMBRE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
(según el artículo 5.2 de la LO 3/2021, de regulación de la eutanasia)

En _____ a _____ de _____ de 202__