**MODELO E1**

MODELO E1

**DECLARACIÓN RESPONSABLE: INICIO DE FUNCIONES DE MÉDICO RESPONSABLE**

**DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE**

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico colegiado nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto de trabajo y centro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI/NIE/PASAPORTE Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARO (marcar lo que proceda)**

[ ]  Que con fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he rubricado la primera solicitud de prestación de ayuda para morir correspondiente al paciente arriba indicado, asumiendo a partir de dicha fecha las funciones de médico responsable.

[ ]  Que con fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he recibido la primera solicitud de ayuda para morir rubricada por otro profesional sanitario, correspondiente al paciente arriba indicado, asumiendo a partir de esta fecha de recepción las funciones de médico responsable.

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

FIRMADO: