**SOLICITUD DE DESISTIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con documento de identificación personal (DNI, NIE o PASAPORTE) nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

teléfono 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DECLARO

Que tras presentar las dos solicitudes correspondientes y finalizar el proceso deliberativo con mi médico/a responsable

MI DECISIÓN ES

**DESISTIR DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.**

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

FIRMA

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con DNI/NIE nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad y capaz.

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 202\_\_

FIRMA

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

***Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.***

*2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá́ comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así́ como, en el caso de que así́ lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá́ recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado.*

*En el caso de que el paciente decidiera desistir de su solicitud, el médico responsable pondrá́ este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial.*