

Jo _____, nascut/da el ____ / ____ / _____,
SIP _____ major d'edat, amb Document d'Identitat: DNI PASSAPORT NIE Nº: _____,
amb domicili _____,
Localitat _____, CP _____, Província _____.

En plenitud de les meues facultats mentals, actuant lliurement i després d'una adequada reflexió,

Declare que si en el futur la **meua salut es deteriora de forma irreversible**, fins el punt de perdre l'ús de les meues **facultats per sol·licitar l'eutanàsia i donar la meua conformitat** sobre les cures i el tractament que desitge rebre, el major benefici per a mi és **finalitzar la meua vida el més aviat possible**, d'acord amb les següents instruccions prèvies, voluntats anticipades o testament vital

1. Sol·licite **que es pose fi a la meua vida** el més aviat possible mitjançant l'eutanàsia.
2. Considere un **sofriment físic o psíquic constant i intolerable, incompatible amb la meua dignitat** personal, el que **alguns patiments greus crònics i impossibilitants**, com les malalties neurodegeneratives (demència tipus Alzheimer o qualsevol altra), provoquen tal **deteriorament de la meua personalitat i de les meues facultats mentals**, que siga incapaç de tenir consciència de la meua pròpia malaltia i del meu esquema de valors. És per això que, encara que no ho expresse, no ho recorde, o a judici d'altres persones, no mostre signes externs de sofriment, **en el moment en què no puga valer-me per mi mateixa, o no reconega els meus familiars o les persones properes a mi, o em trobe en una situació clínica equiparable a una demència moderada** (GDS-FAST 5, segons les escales de Reisberg), desitge que es respecte la meua voluntat de finalitzar la meua vida el més aviat possible mitjançant **l'eutanàsia**.
3. Durant el termini de temps que requerisca la gestió de la meua sol·licitud d'eutanàsia, o en cas que fora denegada, **rebutge tota mesura de suport vital**, tractament, intervenció, o procediment que contribueisca a mantenir-me amb vida (antibiòtics, nutrició-hidratació amb fluids, sonda naso-gràstica, o gastrostomia, marcapassos o desfibrilador, etc.) Igualment sol·licite **que s'alivie el meu sofriment** amb tots els mitjans disponibles i, si em trobe en una situació avançada o terminal, desitge morir dormida amb una **sedació paliativa** profunda fins la meua mort. Cas que existiren **dubtes sobre la irreversibilitat** de la meua situació d'incapacitat de fet per decidir, vull deixar clar que tal possibilitat no modifica la meua decisió ferma de no soportar una vida en què depenga d'altres persones per a les activitats de la vida diària.
4. Si alguna persona professional sanitària es declarara objectora de consciència respecte a alguna d'aquestes instruccions, sol·licite que siga substituïda per una altra professional, i es garantisca el meu dret a decidir amb llibertat sobre la meua vida i la meua mort.

DESIGNACIÓ DE REPRESENTANT (OPCIONAL) (El representant no pot ser testimoni)

DESIGNE com el meu representant a:

REPRESENTANT	Nom i cognoms: _____
	Documento d'Identitat: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> PASSAPORT <input type="checkbox"/> NIE Nº: _____
	Domicili: _____
	Localitat: _____ CP: _____ Província: _____
	Telèfon/s: _____ / _____ Mail: _____
	Signatura: <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 50px; display: inline-block;"></div>

ACCEPTE la designació com a representant de la persona atorgant del com estableix la legislació. D'acord amb la Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, consentisc el tractament de les meues dades personals per part del Registre Centralitzat de Voluntats Anticipades de la Comunitat Valenciana

INSTRUCCIONS SOBRE EL MEU COS (OPCIONAL)

- Desitge donar els meus òrgans per a ser trasplantat a una altra persona que ho necessite
- Desitge donar els meus òrgans per a la recerca
- Desitge donar el meu cos per a la recerca, inclosa l'autòpsia, quan fóra necessària segons criteri facultatiu
- Desitge donar els meus òrgans per a l'ensenyament universitari
- Desitge donar el meu cos per a l'ensenyament universitari

DECLARACIÓ ELS/LAS TESTIMONIS (un dels quals, com a mínim, no tindrà relació de matrimoni, parella de fet, parentiu fins a segon grau de consanguinitat o afinitat o cap relació patrimonial amb l'atorgant)

PRIMER TESTIMONI

Nom i cognoms: _____

Document d' Identitat: DNI PASSAPORT NIE N°: _____

Domicili: _____

Localitat: _____ CP: _____ Província: _____

Telèfon/s _____ / _____ Mail: _____

Major d'edat i amb plena capacitat **DECLARE:**

Que D./D^a _____

Atorgant d'aquest document, és capaç, actua lliurement i ha signat el document en la meua presència

Signatura:

D'acord amb la Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, consentisc el tractament de les meues dades personals per part del Registre Centralitzat de Voluntats Anticipades de la Comunitat Valenciana

SEGON TESTIMONI

Nom i cognoms: _____

Document d' Identitat: DNI PASSAPORT NIE N°: _____

Domicili: _____

Localitat: _____ CP: _____ Província: _____

Telèfon/s _____ / _____ Mail: _____

Major d'edat i amb plena capacitat **DECLARE:**

Que D./D^a _____

Atorgant d'aquest document, és capaç, actua lliurement i ha signat el document en la meua presència

Signatura:

D'acord amb la Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, consentisc el tractament de les meues dades personals per part del Registre Centralitzat de Voluntats Anticipades de la Comunitat Valenciana

SIGNATURA I DECLARACIÓ DE L'ATORGANTE

D./D^a _____

Document d'identitat: DNI PASSAPORT NIE N°: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Signatura:

Atorgant d'aquest document, DECLARE que les persones que signen com a testimonis no tenen relació de parentiu en primer ni en segon grau ni cap vincle patrimonial o obligacional amb l'atorgant de les instruccions prèvies.