

DECLARACIÓN

PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR INCLUIDA EN LA VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA. (Código de procedimiento: 979)



1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

| | | |
|---------------------|----------------------------------------------------------------|----------|
| APELLIDOS Y NOMBRE: | SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
|---------------------|----------------------------------------------------------------|----------|

2. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD REPRESENTANTE

| | | |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------|
| APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN: | SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE: |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------|

3. DECLARACIONES

DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad:

- Que soy mayor de edad, capaz y consciente en el momento de hacer esta declaración dentro del documento de Voluntad Vital Anticipada.
- Estar en situación de competencia plena y no precisar de ninguna medida judicial de apoyo en el ejercicio de mi capacidad jurídica.
- Conocer las consecuencias de la aplicación de la prestación de ayuda para morir, así como los requisitos y procedimiento establecidos en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
- Conocer que la solicitud de prestación de ayuda para morir puede ser denegada por el médico responsable al amparo del artículo 7 de la L.O. 3/2021; que puede ser informada en sentido desfavorable por el médico consultor conforme a lo dispuesto en el artículo 8.4 de la L.O. 3/2021 o por los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación designados para la verificación previa en virtud de lo establecido en el artículo 10.3 de la L.O. 3/2021. En todos estos casos, la denegación podrá ser reclamada ante la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo de 15 días naturales.
- Que de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6.3 de la L.O. 3/2021, puedo revocar esta solicitud en cualquier momento, dejando constancia de la decisión en mi historia clínica.

4. AUTORIZO

AUTORIZO, bajo mi expresa responsabilidad:

- A mi representante o persona que lo sustituya a que, en caso de encontrarme en incapacidad de hecho permanente, ejerza las funciones de interlocutor válido en las situaciones previstas en los artículos 5.2 y 6.4 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

5. MANIFIESTO

MANIFIESTO que tras una serena reflexión realizada de **forma libre, voluntaria y consciente**:

- Mi voluntad de recibir la prestación de ayuda para morir, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, reguladora de la eutanasia, si en un futuro me encontrara en situación de incapacidad de hecho permanente y en un contexto eutanásico, en los términos que determina la citada Ley.





6. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente formulario.

En a de de
LA PERSONA SOLICITANTE

Fdo.:

ILMO./A. SR./A. SECRETARIO/A GENERAL DE PLANIFICACIÓN ASISTENCIAL Y CONSUMO

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 0 | 1 | 0 | 4 | 1 | 6 | 1 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Planificación Asistencial y Consumo, cuya dirección es Avda. de la Innovación 5, 41020 Sevilla y correo electrónico sgplanasistencial.consumo.csc@juntadeandalucia.es.
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es.
- c) Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento CSALUD-Registro de voluntades vitales anticipadas de Andalucía, con la finalidad de la custodia, la conservación en condiciones de confidencialidad y la accesibilidad, cuando se cumplan los requisitos exigibles, de las declaraciones de voluntad vital anticipada de la ciudadanía; la licitud de dicho tratamiento se basa en el Artículo 6.1.c) RGPD (Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento), consecuencia de lo establecido en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio. Adicionalmente puede presentar una reclamación ante el Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía en el modo en que se indica en la página www.ctpdandalucia.es
- e) No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.
- f) Los datos personales se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentación.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:
<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/166280.html>

INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO.

1. DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

2. DATOS PERSONA REPRESENTANTE

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser esta quién suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

3. DECLARACIONES

Deberá marcar aquellas declaraciones que correspondan con su situación concreta.

4. AUTORIZO

Deberá marcar la casilla del formulario.

5. MANIFIESTO

Deberá marcar la casilla del formulario.

6. DECLARACIÓN, FECHA, LUGAR Y FIRMA

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, incluir lugar y fecha y firmar el formulario.