 IKK / CIC:

**Adina** / Edad : Data / Fecha:

**Izena** / Nombre :

**1. abizena** / 1º apellido :

**2. abizena** / 2º apellido:

**Solicitud de Prestación de ayuda para morir por representación delegada**

**Yo,** *(nombre y apellidos)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, plenamente capaz, con DNI/pasaporte/NIE nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Declaro** ser conocedor/a del Documento de Voluntades anticipadas (DVA) o documento equivalente de la persona *(nombre y apellidos)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,con DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que contempla la solicitud de ayuda para morir en determinadas condiciones.

**Solicito** que se consulte y se tengan en cuenta estas instrucciones y deseos expresados previamente sobre la ayuda para morir, al no encontrarse en condiciones de solicitar esta prestación por los siguientes motivos: .....................................

**Realizo** esta solicitud en su nombre, acogiendome a la ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de eutanasia, y a la ley 7/2002, de las voluntades anticipadas en el ámbito del sistema sanitario de Euskadi,

En ............., a.... de....de 202x

Firma de la persona que realiza la petición

nombre, dos apellidos, y firma

Firma del médico/médica presente en la firma

(Nombre, y número de colegiado/a)