 IKK / CIC:

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

**Izena** / Nombre :

**1. abizena** / 1º apellido :

**2. abizena** / 2º apellido:

**Segunda solicitud de prestación de ayuda para morir**

Yo, NOMBRE y APELLIDOS, mayor de edad , con. N.I.F./ N.I.E./ PASAPORTE número …….y con domicilio en……calle… en la ciudad….....

**DECLARO** que he recibido **i**nformación verbal y escrita sobre mi proceso médico y sobre las posibles alternativas y posibilidades de actuación y que tras reflexionar sobre el mismo,

**REITERO** mediante este documento mi petición de ayuda para morir acogiéndome al derecho que recoge la ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de eutanasia.

Formulo de nuevo mi demanda de manera voluntaria, consciente y sin presiones externas.

En ............., a.... de....de 202x Hora:

Firma paciente Firma médico/a

presente en el momento de la firma

Nombre y apellidos. Nº Colegiado

Firma por otra persona

IMPOSIBILIDAD de firmar el solictante por las siguientes razones: ........................................................................................................................................................

por lo cual, yo, ....................................mayor de edad y plenamente capaz, DNI nº ............firmo en su nombre el presente documento.