

DECLARACIÓN OBJECCIÓN DE CONCIENCIA
A REALIZAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

DECLARACIÓN

MODIFICACIÓN DATOS

REVOCACIÓN

D./D^a:
NIF/NIE/PASAPORTE:
Domicilio:
Nombre de la vía: Nº: piso/letra:
Localidad: C.P.:
Contacto:
Teléfono: email:
Médico, con especialidad de:
Número de Colegiado:

❖ **Que presta servicio en:**

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Especialidad/Servicio:

Gerencia: Centro:

Nombre de la vía y número:

Localidad: C.P.:

Red sanitaria de titularidad privada.

Especialidad/Servicio:

Centro/Clínica:

Nombre de la vía y número:

Localidad: C.P.:

❖ **Que con la presente comunicación:**

DECLARO: Mi objeción de conciencia a realizar la ayuda a morir de acuerdo con lo previsto en el artículo 16 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en cualquiera de sus formas.

MODIFICACIÓN: intereso la modificación de los datos recogidos en este formulario, relativos a datos personales y de contacto de la persona solicitante y/o de la red sanitaria o centro de trabajo.

REVOCACIÓN: declaro mi voluntad de revocar la declaración efectuada en fecha

Con la finalidad de hacer efectivo mi derecho a la objeción de conciencia, mi derecho a la modificación de cualesquiera datos de carácter personal y mi derecho de revocación de declaraciones previas y de datos, CONSIENTO Y AUTORIZO la recogida y tratamiento de mis datos de carácter personal que resulten adecuados, pertinentes y proporcionales en relación con el ámbito de esta declaración, debiendo respetarse el principio de estricta confidencialidad y la normativa de protección de datos que resulte de aplicación.

Observaciones:

En a de de 20....

FIRMA

AL DIRECTOR GERENTE DE LA GAI DE