

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

DECLARACIÓN

MODIFICACIÓN DATOS

REVOCACIÓN

D./D<sup>a</sup>: .....  
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 .....