|  |
| --- |
| Núm. exp.: |

# Anexo 16

# Informe del médico consultor

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del médico consultor** | | | | | | | |
| Núm. colegiación | |  | | Nombre | |  | |
| Apellido 1 |  | | | | Apellido 2 | |  |
| Centro de trabajo | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Solicitante** | | | | | | | | | | | | |
| Núm. doc. id. | |  | | | Nombre | |  | | | | | |
| Apellido 1 |  | | | | Apellido 2 | | |  | | | | |
| Dirección postal | | |  | | | | | | | Código postal | |  |
| Localidad |  | | | | | Municipio | | |  | | | |
| Correo electrónico | | | |  | | | | | Teléfono | |  | |

|  |
| --- |
| **DECLARO:** |
| 1. Que, tras estudiar la historia clínica y examinar al solicitante, las conclusiones más destacables son las siguientes:  |  | | --- | |  |  1. Por todo lo descrito, la conclusión es la siguiente [señale la casilla correspondiente]:   El solicitante **cumple** los requisitos establecidos en el artículo 5.1 (o, en su caso, en el art. 5.2) de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, para solicitar la prestación de la ayuda para morir.  El solicitante **no cumple** los requisitos establecidos en el artículo 5.1 (o, en su caso, en el art. 5.2) de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, para solicitar la prestación de la ayuda para morir. |

Lugar y fecha

     , fecha

[rúbrica]

**Información sobre protección de datos personales**

La entidad destinataria de la documentación