|  |
| --- |
| 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