# Anexo 2

# Declaración de objeción de conciencia

**Declaración del profesional sanitario relativa a la prestación de la ayuda para morir**

Las instituciones sanitarias han de velar por facilitar que pueda ejercerse el derecho a la objeción de conciencia, que es una decisión individual. Por ello no pueden plantear exigencias a la persona que la declara ni amenazarla con consecuencias negativas ni ofrecerle ninguna clase de incentivo para que desista de declararla.

La objeción de conciencia debe ser específica y referida a las acciones concretas de la ayuda para morir: puede referirse a la totalidad del proceso o exclusivamente a una parte. Debe manifestarse por escrito y anticipadamente con antelación suficiente para garantizar el derecho del paciente a recibir la prestación de ayuda para morir. No obstante, el profesional que declara la objeción de conciencia puede anular la declaración en cualquier momento.

Está excluida la posibilidad de declarar la objeción de conciencia en relación con las acciones enmarcadas en los cuidados paliativos, sobre los que existen obligaciones deontológicas para prestarlos.

|  |
| --- |
| **Datos del profesional sanitario** |
| Núm. doc. id. |       | Nombre |       |
| Apellido 1 |       | Apellido 2 |       |
| Categoría profesional |       | Núm. colegiación |       |
| Servicio |       |
| Centro de trabajo |       |

|  |
| --- |
| **DECLARO:** |
| [ ]  | Mi objeción de conciencia a participar en todo el proceso de la prestación de ayuda médica para morir previsto en el artículo 16 de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. |
| [ ]  | Mi objeción de conciencia a una parte del proceso de la prestación de ayuda médica para morir, concretamente a la administración directa de los fármacos que provocarán el fallecimiento del solicitante de la prestación de ayuda para morir. Si soy el médico o la médica responsable del proceso, asistiré al paciente hasta el momento del fallecimiento, de acuerdo con el artículo 11 de la Ley orgánica 3/2021, junto con los profesionales sanitarios que le administrarán los fármacos. |
| [ ]  | Con la finalidad de hacer efectivo el derecho a la objeción de conciencia, consiento la recogida y el tratamiento de mis datos personales que sean oportunos en relación con el ámbito de esta declaración. |

[Señale las casillas correspondientes.]

|  |
| --- |
| **SOLICITO:** |
| Que se atienda esta declaración de objeción de conciencia según aquello que he señalado. |

Lugar y fecha

     , fecha

[rúbrica]

**Anulación de la declaración de objeción de conciencia**

De manera libre y consciente he decidido anular la declaración de objeción de conciencia a que se refiere este documento.

Nombre y apellidos

Lugar y fecha

     , fecha

[rúbrica]

**Protección de datos personales**

La entidad destinataria del documento