

**PROCEDIMIENTO:** 3619 - Declaración de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda a morir  
**TRÁMITE:** DI005

**REALIZA LA PRESENTACIÓN**
 Interesado
**DATOS DEL INTERESADO**

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
NIF		

**INFORMACIÓN DE NOTIFICACIÓN**

Los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud serán notificados electrónicamente por **Dirección Electrónica Habilitada Única (DEHú)**, conforme al artículo 14.2 de la Ley 39/2015 (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen).

Pueden acceder a las notificaciones DEHú en <https://dehu.redsara.es> o en carpeta ciudadana <https://sede.administracion.gob.es/carpeta/>

Además de los avisos de notificación que se realicen desde DEHú, puede indicarnos una dirección de correo electrónico y/o un nº de teléfono móvil para que se le avise cuando se le envíen nuevas notificaciones.

Email	Teléfono móvil
jfbfebqebbeqbez@.es	00

**CERTIFICADOS**

En aplicación del artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el órgano administrativo competente consultará o recabará por medios electrónicos, los datos relacionados a continuación, salvo que se oponga a la consulta.

**Me OPONGO a la consulta de: Certificados de Títulos Universitarios por documentación**

En el caso de NO AUTORIZACIÓN o de OPOSICIÓN a que el órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, deberá manifestarlo expresamente marcando la casilla correspondiente, QUEDANDO OBLIGADO A APORTARLOS al procedimiento junto a esta presentación.

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS**

Al firmar esta solicitud queda establecido que usted presta su consentimiento expreso al tratamiento de sus datos personales. Lea esta información antes de firmar.

Responsable del tratamiento: Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.

Finalidad del tratamiento: Facilitar a la administración sanitaria la organización del servicio y la eficacia del derecho que regula la ley y la tramitación administrativa que se derive de la gestión de esta solicitud. Los datos se conservarán durante el tiempo necesario para el cumplimiento del fin para el cual fueron recogidos y, en su caso, podrán conservarse, debidamente bloqueados, por el tiempo necesario para atender a las responsabilidades derivadas de su tratamiento ante los órganos administrativos o jurisdiccionales competentes. Una vez transcurrido dicho periodo de conservación, los datos serán suprimidos definitivamente.

Legitimación para el tratamiento: El fundamento jurídico de legitimación se encuentra en las letras g) e i) del apartado 2 de los artículos 9 y concordantes del Reglamento General de Protección de Datos, así como en las letras c) y e) del apartado 1 de su artículo 6. Todo ello en relación con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Destinatarios de cesiones de datos: No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos de interesado: Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de los datos, así como otros derechos, que se explican en la información adicional.

Categoría y procedencia de los datos: Los datos aportados por el interesado son identificativos y de carácter especialmente protegido.




**PROCEDIMIENTO:** 3619  
**TRÁMITE:** DI005  
**REFERENCIA PRESENTACIÓN:** 2023123619VMAOV7IBLP

Contacto Delegado de Protección de Datos: Inspección General de Servicios de la CARM; dirección de correo electrónico: [dpdigs@listas.carm.es](mailto:dpdigs@listas.carm.es)

Información adicional: La persona titular de los datos podrá ejercer todos los derechos regulados en los artículos 13 a 22 del Reglamento General de Protección de Datos, excepto el de oposición, al basarse el tratamiento en el cumplimiento de una obligación legal, conforme al artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos.

Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección: [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672\\$m](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m)

PRUEBA SIN VALIDAR

 <p>Región de Murcia</p>	<p><b>3619 - Declaración de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda a morir</b></p>	<p><b>Número solicitud</b> 2023123619VMAOV 7IBLP</p>
---	--	--

### DECLARACIÓN DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA

D/D<sup>a</sup>. , con DNI


**DECLARO RESPONSABLEMENTE** que soy un profesional sanitario directamente implicado en la prestación de ayuda para morir, que dispongo de la titulación de Farmacia con especialidad en farmacia hospitalaria y que presto actualmente servicio sanitario en el centro tipo: Hospital HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX y, dentro de dicho centro, en el servicio FARMACIA. Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 16.1 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, que reconoce a los profesionales directamente implicados en la prestación de ayuda para morir el derecho a ejercer la objeción de conciencia:

**Declaro mi objeción de conciencia** a intervenir directamente en la prestación de ayuda para morir:

En los siguientes **actos/acciones concretas**:

- AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
- BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB
- CCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCC

Este ejercicio de la objeción de conciencia en la prestación sanitaria de ayuda a morir no se extenderá al resto de mis actuaciones sanitarias, asistenciales, de cuidados, administrativas, de información a pacientes y familiares, acompañamiento, ni a traslados entre centros sanitarios.

 Región de Murcia	<b>3619 - Declaración de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda a morir</b>	<b>Número solicitud</b> 2023123619VMAOV 7IBLP
---	---	---

Con la finalidad de hacer efectivo mi derecho a la objeción de conciencia, consiento la inclusión de esta declaración en el **Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación de ayuda a morir de la Región de Murcia** y a la recogida y tratamiento de mis datos de carácter personal que resulten adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito de esta declaración, sujeto al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a esta declaración responsable, o la no presentación de la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, determinará la imposibilidad de continuar con la inscripción en el *Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación de ayuda a morir de la Región de Murcia*, desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiere lugar.

Lo que firmo en Murcia el día **07/12/2023**

**FIRMA:**