

Nº Expediente:

MODELO 11-3

**INFORME ARCHIVO PROCEDIMIENTO POR FALLECIMIENTO**

Médico/a responsable

Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente)

Nombre y apellidos del/la Solicitante de Prestación ayuda para morir:

DNI nº

**CERTIFICO**

Que con fecha  
paciente el día

he tenido conocimiento del fallecimiento del/la citada  
por causa:

Y procedo al **ARCHIVO** del procedimiento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202

**FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE**