

## SOLICITUD DE REVOCACIÓN O APLAZAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

*Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*

Yo, \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono/s \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### DECLARO

- Que, con fecha \_\_\_\_\_ presenté Solicitud de Prestación de ayuda para morir
- Que, con esta fecha, solicito:
  - LA **REVOCACIÓN** DE DICHA SOLICITUD
  - EL **APLAZAMIENTO** DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR A PARTIR DE LA SIGUIENTE FECHA \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

### FIRMA

#### FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_,

### DECLARO

Que \_\_\_\_\_ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre y en su presencia, el presente documento

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

### FIRMA