

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 20__

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 20__

FIRMA