

SOLICITUD DE APLAZAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR

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

1. DATOS DEL PACIENTE SOLICITANTE:

D. /Dña.

DNI:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad / residencia legal / certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:

Sexo:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

CP:

Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):

Teléfono:

Correo electrónico:

2. DECLARO:

- Que con fecha _____ presenté Solicitud de Prestación de ayuda para morir.
- Que con fecha _____ La Comisión de Garantía y Evaluación reconoció mi derecho a recibir la prestación.
- Que, con esta fecha, solicito: **EL APLAZAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR.**

3. LUGAR, FECHA Y FIRMA:

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo: el/la paciente solicitante

FIRMA POR OTRA PERSONA (Imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, D. /Dña.
mayor de edad y capaz

Con DNI/NIE nº _____,

DECLARO

Que el solicitante D. /Dña.
de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

No se encuentra en condiciones

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

En _____, a ____ de _____ de 20__

Firma