



**SOLICITUD REVOCACIÓN O APLAZAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA
A MORIR**

Yo, _____ con DNI nº _____ mayor de edad, con domicilio en (localidad) _____
C/ _____ N^a _____ Piso _____ Puerta _____ Código postal _____
Teléfono/s _____ Correo electrónico _____,

DECLARO

Que presentada mi solicitud de prestación de ayuda para morir en fecha ____/____/____,

SOLICITO:

- LA **REVOCACIÓN** DE DICHA SOLICITUD(*)

(*) Solo puede ser realizada por un/una solicitante consciente y con capacidad de hecho.

- EL **APLAZAMIENTO** DE LA PRESTACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR
A LA SIGUIENTE FECHA (**) _____

(**) Máximo **dos meses** desde la aprobación por la Comisión de Garantías y Evaluación

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA DEL/A SOLICITANTE

FIRMA POR OTRA PERSONA CAPAZ Y MAYOR DE EDAD (por imposibilidad de firma del solicitante)

Yo, _____ DNI _____

DECLARO

Que el/a solicitante no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones: _____

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

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

3. El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.