



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

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_  
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 PRESTACIÓN 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 nº \_\_\_\_\_,

**DECLARO**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**

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

**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.*