



RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Dispone de 15 días naturales contados a partir de que se le haya notificado la denegación al paciente de la prestación de ayuda a morir para presentar la reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación competente)

Yo, _____ 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 _____, recibí escrito de **DENEGACIÓN** (Modelo 9/Modelo 15) firmado por el médico responsable/médico consultor _____

Por ello, presento una **RECLAMACIÓN** ante la Comisión de Garantía y Evaluación, por los siguientes motivos

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, y 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 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.

2. Contra dicha denegación, que deberá realizarse en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, la persona que hubiera presentado la misma podrá presentar en el plazo máximo de quince días naturales una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente. El médico responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarle de esta posibilidad.