



**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.