



**RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE AYUDA  
PARA MORIR**

(Dispone de 15 días naturales contados a partir de la notificación al/a la solicitante de la denegación de la prestación de ayuda a morir. Deberá registrarla, y presentarla a la Comisión de Garantía y Evaluación)

Yo, \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con domicilio en (Calle, Avda., Plaza) \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Teléfono/s \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**DECLARO**

- Que, con fecha \_\_\_\_\_, presenté solicitud de prestación de ayuda para morir.
- Que, con fecha \_\_\_\_\_, recibí escrito de **DENEGACIÓN** firmado por el  
 médico responsable  médico consultor \_\_\_\_\_ con  
nº de colegiado \_\_\_\_\_.

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

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

**FIRMA**

**FIRMA POR OTRA PERSONA CAPAZ Y MAYOR DE EDAD** (imposibilidad física de firma por el/la 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.