



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

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_ mayor de edad, con domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_ N<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 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.