



**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 n° _____
mayor de edad, con domicilio en (Calle, Avda., Plaza) _____
N° _____ 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
n° 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.