

Nº Expte.: .....

MODELO 11.1

## **SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

Yo, ..... DNI nº .....  
fecha de nacimiento ..... domicilio en (localidad) .....  
dirección ..... 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 DE LA SIGUIENTE FECHA.....

En ....., a ..... de ..... de 202...

### **FIRMA**

#### **FIRMA POR OTRA PERSONA** (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, ..... DNI nº .....  
mayor de edad y capaz,

### **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, el presente documento.

En ....., a ..... de ..... de 202...

**FIRMA**