

RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Yo, DNI nº

mayor de edad, con 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, recibí escrito de **DENEGACIÓN** firmado por el/la médico/a responsable:

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

En, a de de 202....

FIRMA

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo,DNI nº,

DECLARO

Queno 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...

COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD. CONSEJERÍA DE SANIDAD.
Paseo Zorrilla 1. 47007 Valladolid