

SOLICITUD DE REVOCACIÓN Y/O APLAZAMIENTO 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.
 - EL APLAZAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR A PARTIR DE LA SIGUIENTE FECHA.....

En, a de de 202...

FIRMA

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el 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, el presente documento.

En, a de de 202...

FIRMA