

Nº Expediente:

MODELO 14

RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

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 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:

Si se considera conveniente presentar nueva documentación, relacionar los documentos que se aportan:

En

, a

de

de 20

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 20

FIRMA