



Anexo IX. Resolución do/a médico/a responsable sobre o aprazamento da realización da prestación de axuda para morrer

D/D^a _____
con número de colexiado/a _____, en calidade de médico/a responsable do procedemento con código _____, unha vez revisada a solicitude de aprazamento da realización da prestación de axuda para morrer presentada por D/D^a _____

EXPOÑO

- Que con data __ / ___ / _____ o/a paciente recibiu a resolución favorable para a realización da prestación de axuda para morrer.
- Que tras valorar as causas e as circunstancias concorrentes que motivan a solicitude de aprazamento e a nova data para a realización da prestación solicitada polo/a paciente, tendo en consideración os termos da Resolución de 1^a verificación da Comisión de Garantía e Avaliación da Eutanasia de

RESOLVO

- Acoller a solicitude de aprazamento do/a paciente, establecendo como nova data da realización da prestación _____
- Denegar a solicitude de aprazamento do/a paciente, polos seguintes motivos (**campo a cubrir obrigatoriamente**):





-----, ____ de ----- de 20__

Firma do/a médico/a responsable

Informo o día __ / __ / _____ a D/Dª ----- da:

- Resolución favorable ao aprazamento da realización da prestación de axuda para morrer
- Resolución denegatoria do aprazamento da realización da prestación de axuda para morrer, contra a que poderá presentar unha reclamación ante a Comisión de Garantía e Avaliación da Eutanasia de Comunidade Autónoma de Galicia (pam@sergas.es), no **prazo máximo de 15 días naturais.**

Neste mesmo acto, entrégolle unha copia desta resolución ao/á paciente.

-----, ____ de ----- de 20__

Firma do/a médico/a responsable	Firma do/a paciente
---------------------------------	---------------------



SINATURA POR OUTRA PERSOA (imposibilidade de asinar o solicitante)

D/D^a _____
con DNI/NIE nº _____, maior de idade, con domicilio no concello de
_____, rúa _____
CP _____ teléfono/s de contacto _____
Correo electrónico _____
por vontade de D/D^a _____

que non se encontra en condicións de firmar este documento, polas razóns que se indican a continuación, procedo a firmar o acuse de recibo desta información na súa presenza:

Motivos:

Firma doutra persoa, por imposibilidade física do/a paciente capaz para poder firmar

PRESIDENTE/A DA COMISIÓN DE GARANTÍA E AVALIACIÓN DA EUTANASIA DE GALICIA
Remitir o documento a pam@sergas.gal