



Anexo VII. Solicitud de revogación da prestación de axuda para morrer

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

DECLARO

- Que con data __ / __ / _____ presentei solicitude de prestación de axuda para morrer
- Que, con esta data, SOLICITO:

A REVOGACIÓN DA DEVANDITA SOLICITUDE

_____, ____ de _____ de 20__

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 esta solicitude de REVOGACIÓN da prestación de axuda para morrer, procedo a firmar na súa presenza:





Motivos:

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

Firma doutra persoa, no caso de paciente capaz con imposibilidade física para poder firmar

Esta solicitude deberá presentarse nun rexistro oficial, podendo entregarse, segundo o establecido na Lei 39/2015, de 1 de outubro, do Procedemento Administrativo Común das Administracións Públicas (artigo 4), entre outros:

- no rexistro electrónico da administración ou organismo ao que se dirixan (**opción preferible**).
- nos restantes rexistros electrónicos da Administración Xeral do Estado, administracións das comunidades autónomas, Entidades que integran a Administración Local e o sector público institucional (inclúe, entre outros, aos organismos públicos ou entidades de dereito público vinculados o dependentes das administracións públicas).
- nas oficinas de correos.

DIRECTOR/A ASISTENCIAL DA ÁREA SANITARIA DE _____