



Anexo XIII. Comunicación do/a médico/a responsable ao/á paciente da denegación da prestación de axuda para morrer por informe desfavorable do/a médico/a consultor/a

D/D^a _____
con número de colexiado/a _____, en calidade de médico/a responsable, no procedemento de prestación de axuda para morrer, con código _____,

DECLARO

Que o día __ / __ / ____ informei a D/D^a _____
_____ da denegación da prestación de axuda para morrer por informe desfavorable do/a médico/a consultor/a e da posibilidade de presentar, **no prazo máximo de 15 días naturais**, unha reclamación ante a Comisión de Garantía e Avaliación de Eutanasia da Comunidade Autónoma de Galicia, podendo utilizar o modelo que figura como Anexo XV. Reclamación contra a denegación da prestación de axuda para morrer, dispoñible no seguinte enlace:

[A PRESTACIÓN DE AXUDA PARA MORRER EN GALICIA. APLICACIÓN DA LEI DE REGULACIÓN DA EUTANASIA - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde \(sergas.es\)](#)

Neste mesmo momento entrégolle unha copia do anexo XVII ao/á paciente, unha vez firmado.

_____, ____ de _____ de 20__

Firma do/a médico/a responsable

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

