



Anexo XII. Acuse de recibo do/a paciente da denegación da prestación de axuda para morrer por parte do/a médico/a responsable

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 __ / __ / _____ fun informado/a polo/a médico/a responsable da prestación da axuda para morrer Dr. / Dra. _____ da denegación da miña solicitude presentada con data __/__/_____, así como das causas que motivaron a devandita decisión.
- Que nesa mesma data fun informado/a sobre a **posibilidade de efectuar unha reclamación**, conforme o recollido no artigo 7.2 de Lei orgánica de regulación da eutanasia, **no prazo máximo de 15 días naturais, ante a Comisión de Garantía e Avaliación da 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 \(sergas.es\)](#)
- **Que nesa data o/a médico/a responsable entregoume unha copia do Anexo XI. Informe de denegación do/a MR da prestación de axuda para morrer.**

_____, ____ de _____ de 20__

Firma do/a paciente



FIRMA 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 na súa presenza:

Motivos:

_____, ____ de _____ de 20__

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

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