



Anexo XIV. Acuse de recibo do/a paciente da denegación da prestación de axuda para morrer por informe desfavorable do/a médico/a consultor/a

D/D^a _____
con DNI/NIE nº _____, maior de idade, con domicilio no concello de _____, r/ _____
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 solicitude de axuda para morrer por informe desfavorable do/a MC, presentada con data ___/___/_____, así como das causas que motivaron a devandita decisión.
- da **posibilidade de efectuar unha reclamación, no prazo máximo de 15 días naturais desde a data de comunicación da denegación da prestación ante a Comisión de Garantía e Avaliación da Eutanasia de Galicia**, podendo utilizar o modelo que figura como Anexo XV. Reclamación contra a denegación da prestación de axuda para morrer (dispoñible na páxina web do Sergas).

Que nesa data o/a médico/a responsable entregoume unha copia do Anexo XVII. Informe do/a médico/a consultor/a 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