



Anexo XV. Reclamación contra a denegación 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 data __ / ___ / _____ recibín escrito da denegación da prestación asinado polo/a médico/a responsable ou polo/a médico consultor/a.

Por iso, presento esta RECLAMACIÓN ante a Comisión de Garantía e Avaliación da Eutanasia, polos seguintes motivos:

_____, ____ 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 a presente RECLAMACIÓN 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