

Expediente nº

Modelo 5.2

Yo, (nombre y apellidos)

con DNI/NIE nº

, mayor de edad, con domicilio en (localidad)

C/

Código postal

Teléfono/s

Correo electrónico:

DECLARO

- Que, con fecha presenté Solicitud de Prestación de ayuda para morir.
- Que con fecha la Comisión de Garantía y Evaluación reconoció mi derecho a recibir la prestación.
- Que, con esta fecha, solicito el **APLAZAMIENTO** DE LA ADMINISTRACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

En,

a,

de

de 20

FIRMA

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo,

DNI/NIE nº

mayor de edad y plenamente capaz.

DECLARO

Que no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Para lo cual firmo yo, y en su nombre, el presente documento.

En

a

de

de 20

FIRMA