

Expediente nº

Modelo 9

Yo, (nombre y apellidos)

con DNI (o pasaporte o 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 esta fecha recibí escrito de **DENEGACIÓN** firmado por el médico responsable

Por ello presento una **RECLAMACIÓN** ante la **Comisión de Garantía y Evaluación de Canarias**, por los siguientes motivos:

En a, de de 20

FIRMA

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, DNI/NIE nº

DECLARO

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

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

En a, de de 20

FIRMA