



Servicio
Canario de la Salud

SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)



Expediente nº

Modelo 5.1

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, solicito la **REVOCACIÓN** DE DICHA SOLICITUD.

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