



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 __ / __ / ____ presenteí 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

Esta solicitude deberá presentarse nun rexistro oficial, acompañada da fotocopia do DNI do/a solicitante, e poderá entregarse, segundo o establecido na Lei 39/2015, de 1 de outubro, do Procedemento Administrativo Común das Administracións Públicas (artigo 4), entre outros:

- no rexistro electrónico da administración ou organismo ao que se dirixan (**opción preferible**).
- nos restantes rexistros electrónicos da Administración Xeral do Estado, administracións das comunidades autónomas, entidades que integran a Administración Local e o sector público institucional (inclúe, entre outros, aos organismos públicos ou entidades de dereito público vinculados o dependentes das administracións públicas).
- nas oficinas de correos.

PRESIDENTE/A DA COMISIÓN DE GARANTÍA E AVALIACIÓN DA EUTANASIA DE GALICIA