

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