**REVOCACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con documento de identificación personal (DNI, NIE o PASAPORTE) nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

teléfono 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con DNI/NIE nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad y 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 202\_\_

FIRMA