|  |
| --- |
| Núm. exp.: |

# Annex 14

# Declaració per mantenir o anul·lar la sol·licitud d’eutanàsia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sol·licitant** | | | | | | | | | | | | |
| Núm. doc. id. | |  | | | Nom | |  | | | | | |
| Llinatge 1 |  | | | | Llinatge 2 | | |  | | | | |
| Adreça postal | | |  | | | | | | | Codi postal | |  |
| Localitat |  | | | | | Municipi | | |  | | | |
| Adreça electrònica | | | |  | | | | | Telèfon | |  | |

|  |
| --- |
| **DECLAR:** |
| 1. Que el dia data vaig sol·licitar la prestació de l’ajuda per a morir. 2. Que des d’aquesta data he duit a terme el procés deliberatiu corresponent. 3. Que han passat més de vint-i-quatre hores des que vaig acabar aquest procés deliberatiu. |

|  |
| --- |
| **SOL·LICIT:** |
| Mantenir la sol·licitud de prestació de l’ajuda per a morir.  Anul·lar la sol·licitud de prestació de l’ajuda per a morir. |

[Senyalau la casella corresponent.]

Lloc i data

     , data

[rúbrica]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Representant** | | | | | |
| Núm. doc. id. | |  | Nom |  | |
| Llinatge 1 |  | | Llinatge 2 | |  |

|  |
| --- |
| **DECLAR:** |
| 1. Que som major d’edat i plenament conscient. 2. Que       no està en condicions de signar aquest document per les raons següents:  |  | | --- | |  |  1. Que, per aquests motius, sign aquesta sol·licitud en nom seu. |

Lloc i data

     , data

[rúbrica]

Protecció de dades personals

L’entitat receptora del document