FORMULARIO DE DONACIÓN

(Para ser completado por duplicado por la persona que realice la donación)

D. .....

con D.N.I. nº ....., mayor de edad, domiciliado en la calle o plaza ..... número ..... de la ciudad de ..... distrito postal ..... Provincia.....

DECLARA:

1.- Hago donación de mi cuerpo para que después de mi fallecimiento sea utilizado en el Departamento de ..... de la Facultad de Medicina de la Universidad ....., con fines docentes y de investigación.

Firma: _____

2.- Consiento que mi cuerpo después del fallecimiento pueda ser trasladado a otra Facultad de Medicina del Estado español, si así lo decide la Facultad a la que hago donación (tache lo que proceda). SI NO

Firma: _____

3.- Una vez completado el estudio anatómico me gustaría que mis restos sean (tache lo que proceda): incinerados enterrados

....., ... de ..... de .....

Nota: de esta decisión se informará debidamente a los familiares y/o amigos, y/o al personal del centro sanitario, en caso de hospitalización, que quedan encargados de avisar, inmediatamente después del fallecimiento, al Departamento de la Facultad de Medicina al que se ha realizado la donación (los datos figuran en el carné de donante).

Después de cumplimentada, conserve una copia de la declaración.