

DOCUMENT DE DONACIÓ DE COS

DADES PERSONALS:

D/Dña: _____ major d'edat,
 amb D.N.I / N.I.E _____ , data de naixement _____ ,
 N° SIP _____, natural de _____, província de _____ y
 domicili al carrer/plaça/av _____
 _____ del municipi de _____, província de _____
 codi postal _____ telèfon/s _____ y
 correu electrònic _____

Que després d'haver sigut degudament informat, llegit i comprés els termes que s'exposen en la informació que m'ha sigut facilitada sobre els fins per als quals podrà ser utilitzat el meu cos i els requisits que s'han de reunir per a l'acceptació de la donació d'un cos amb finalitats docents i d'ensenyament en el moment de la meua defunció.

DECLARE que:

1. Fent ús de les meues facultats mentals i plena capacitat jurídica: **Faig donació del meu cos** al departament d'Anatomia i Embriologia Humana de la Universitat de València perquè després de la meua defunció siga utilitzat amb finalitats docents i d'ensenyament o investigació, sempre que reunisca les condicions per a ser admés.
2. Consent que el material gràfic, producte del treball de recerca sobre el meu cos puga ser publicat en llibres o revistes científiques, però mai exhibit en àmbit alié al món universitari o científic.
3. Consent que el meu cos després de la defunció, per als mateixos fins, puga ser traslladat a una altra Universitat de l'estat Espanyol, si així ho decideix el departament al qual faig donació i després d'obtindre els permisos corresponents.
4. Consent que siga facilitat el meu historial mèdic complet en el moment si es fes efectiva la donació del meu cos.

IDENTIFICACIÓ DE DOS TESTIMONIS COMPAREIXENTS:

Testimoni 1 °	Testimoni 2º
Signatura:	Signatura:

És imprescindible adjuntar la fotocòpia del DNI/NIE del/la donant i dos testimonis i SIP del donant.

NOTA IMPORTANT: D'aquesta decisió **haurà d'informar degudament els familiars, amics o personal del centre sanitari** (en cas d'hospitalització) els quals **queden encarregats d'avisar immediatament després de la defunció al Departament d'Anatomia i Embriologia Humana** al qual s'ha realitzat la donació (Tfno: 628 405 373, servei 24h).

En _____ a _____ de _____ de 20__

Signatura: (El/LA DONANT) _____

Les dades personals seran tractats per als fins d'investigació expressament consentits de conformitat amb la normativa vigent en matèria de protecció de dades.

Per a l'exercici dels drets d'accés, cancel·lació, rectificació i oposició poden escriure a:

ugdanhispat@uv.es

DOCUMENT DE DONACIÓ DE COS

DADES PERSONALS:

D/Dña: _____ major d'edat,
 amb D.N.I / N.I.E _____ , data de naixement _____ ,
 N° SIP _____ , natural de _____ , província de _____ y
 domicili al carrer/plaça/av _____
 _____ del municipi de _____, província de _____
 codi postal _____ telèfon/s _____ y
 correu electrònic _____

Que després d'haver sigut degudament informat, llegit i comprés els termes que s'exposen en la informació que m'ha sigut facilitada sobre els fins per als quals podrà ser utilitzat el meu cos i els requisits que s'han de reunir per a l'acceptació de la donació d'un cos amb finalitats docents i d'ensenyament en el moment de la meua defunció.

DECLARE que:

1. Fent ús de les meues facultats mentals i plena capacitat jurídica: **Faig donació del meu cos** al departament d'Anatomia i Embriologia Humana de la Universitat de València perquè després de la meua defunció siga utilitzat amb finalitats docents i d'ensenyament o investigació, sempre que reunisca les condicions per a ser admés.
2. Consent que el material gràfic, producte del treball de recerca sobre el meu cos puga ser publicat en llibres o revistes científiques, però mai exhibit en àmbit alié al món universitari o científic.
3. Consent que el meu cos després de la defunció, per als mateixos fins, puga ser traslladat a una altra Universitat de l'estat Espanyol, si així ho decideix el departament al qual faig donació i després d'obtindre els permisos corresponents.
4. Consent que siga facilitat el meu historial mèdic complet en el moment si es fes efectiva la donació del meu cos.

