

DOCUMENTO DONACIÓN DE CUERPO

DATOS PERSONALES:

D/Dña: _____ mayor de edad,
 con D.N.I / N.I.E _____, fecha de nacimiento _____,
 N° SIP _____, natural de _____, provincial de _____ y
 domicilio en la calle/plaza/avda _____
 _____del municipio de _____, provincia de _____
 código postal _____teléfono/s _____ y
 correo electrónico _____

Que después de haber sido debidamente informado, leído y comprendido los términos que se exponen en la información que me ha sido facilitada sobre los fines para los que podrá ser utilizado mi cuerpo y los requisitos que se deben reunir para la aceptación de la donación de un cuerpo con fines docentes y de enseñanza en el momento de mi fallecimiento.

DECLARO que:

1. En uso de mis facultades mentales y plena capacidad jurídica: **Hago donación de mi cuerpo** al departamento de Anatomía y Embriología Humana de la Universidad de Valencia para que después de mi fallecimiento sea utilizado con fines docentes y de enseñanza o investigación, siempre que reúna las condiciones para ser admitido.
2. Consiento que el material gráfico, producto del trabajo de investigación sobre mi cuerpo pueda ser publicado en libros o revistas científicas, pero nunca exhibido en ámbito ajeno al mundo universitario o científico.
3. Consiento que mi cuerpo después del fallecimiento, para los mismos fines, pueda ser trasladado a otra Universidad del estado Español, si así lo decide el departamento al que hago donación y después de obtener los permisos correspondientes.

4. Consiento que sea facilitado mi historial médico completo en el momento de hacerse efectiva la donación de mi cuerpo.

IDENTIFICACIÓN DE DOS TESTIGOS COMPARECIENTES

Testigo 1 °	Testigo 2°
Firma:	Firma:

Es imprescindible adjuntar la **fotocopia del DNI/NIE del/la donante y dos testigos y SIP del donante.**

NOTA IMPORTANTE: De esta decisión **deberá informar debidamente a los familiares, amigos o personal del centro sanitario** (en caso de hospitalización) los cuales quedan **encargados de avisar inmediatamente después del fallecimiento al Departamento de Anatomía y Embriología Humana** al que se ha realizado la donación (Tfno: **628 405 373**, servicio 24h).

En _____ a _____ de _____ de 20__

Firma: (EI/LA DONANTE) _____

Los datos personales serán tratados para los fines de investigación expresamente consentidos de conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos.

*Para el ejercicio de los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición pueden escribir a:
 ugdanhispat@uv.es*

DOCUMENTO DONACIÓN DE CUERPO

DATOS PERSONALES:

D/Dña: _____ mayor de edad,
con D.N.I / N.I.E _____, fecha de nacimiento _____,
Nº SIP _____, natural de _____, provincial de _____ y
domicilio en la calle/plaza/avda _____
_____ del municipio de _____, provincia de _____
código postal _____ teléfono/s _____ y
correo electrónico _____

Que después de haber sido debidamente informado, leído y comprendido los términos que se exponen en la información que me ha sido facilitada sobre los fines para los que podrá ser utilizado mi cuerpo y los requisitos que se deben reunir para la aceptación de la donación de un cuerpo con fines docentes y de enseñanza en el momento de mi fallecimiento.

DECLARO que:

1. En uso de mis facultades mentales y plena capacidad jurídica: **Hago donación de mi cuerpo** al departamento de Anatomía y Embriología Humana de la Universidad de Valencia para que después de mi fallecimiento sea utilizado con fines docentes y de enseñanza o investigación, siempre que reúna las condiciones para ser admitido.
2. Consiento que el material gráfico, producto del trabajo de investigación sobre mi cuerpo pueda ser publicado en libros o revistas científicas, pero nunca exhibido en ámbito ajeno al mundo universitario o científico.
3. Consiento que mi cuerpo después del fallecimiento, para los mismos fines, pueda ser trasladado a otra Universidad del estado Español, si así lo decide el departamento al que hago donación y después de obtener los permisos correspondientes.

4. Consiento que sea facilitado mi historial médico completo en el momento de hacerse efectiva la donación de mi cuerpo.

IDENTIFICACIÓN DE DOS TESTIGOS COMPARECIENTES

Testigo 1 °	Testigo 2°
Firma:	Firma:

Es imprescindible adjuntar la **fotocopia del DNI/NIE del/la donante y dos testigos y SIP del donante.**

NOTA IMPORTANTE: De esta decisión **deberá informar debidamente a los familiares, amigos o personal del centro sanitario** (en caso de hospitalización) los cuales quedan **encargados de avisar inmediatamente después del fallecimiento al Departamento de Anatomía y Embriología Humana** al que se ha realizado la donación (Tfno: **628 405 373**, servicio 24h).

En _____ a _____ de _____ de 20__

Firma: (EI/LA DONANTE) _____

Los datos personales serán tratados para los fines de investigación expresamente consentidos de conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos.

Para el ejercicio de los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición pueden escribir a:

ugdanhispat@uv.es