

## ACTA DE DONACIÓN DE CUERPO

### DATOS PERSONALES:

D/D<sup>a</sup>  mayor de edad,  
 con D.N.I. /N.I.E.  fecha de nacimiento   
 estado civil  natural de  provincia de   
 y domicilio en calle/Plaza/avda.   
 nº  del municipio de  provincia de   
 código postal  teléfono/s  y correo  
 electrónico

<b>Información básica de protección de datos del tratamiento: Donación Voluntaria de Cuerpo</b>	
<b>Responsable</b>	Dirección del Centro de Donación de Cuerpos y Salas de Disección
<b>Finalidad</b>	Donación voluntaria de cuerpo para estudio y docencia
<b>Legitimación</b>	Consentimiento explícito del donante e interesados
<b>Destinatarios</b>	Se prevén cesiones
<b>Derechos</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, explicados en la información adicional
<b>Información adicional</b>	Puede consultarla con detalle en: <a href="https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2018-04-11-Info-Adic-Donación-Voluntaria-Cuerpo.pdf">https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2018-04-11-Info-Adic-Donación-Voluntaria-Cuerpo.pdf</a>
<input type="checkbox"/> He leído la política de privacidad y expreso el consentimiento	

Que después de haber sido debidamente informado, leído y comprendido los términos que se exponen en la información que me ha sido facilitada bajo el título "información sobre los requisitos que se deben reunir para la aceptación de la donación de un cuerpo con fines docentes y científicos"

**DECLARO** que:

1. En uso de mis facultades mentales y plena capacidad jurídica: **Hago donación de mi cuerpo** al Centro de Donación de Cuerpos de la Universidad Complutense de Madrid para que después de mi fallecimiento sea utilizado con fines científicos y de enseñanza.
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. SI  NO
3. Consiento que mi cuerpo después del fallecimiento pueda ser trasladado y cedido para ser utilizado con los mismos fines a cualquier otro organismo de investigación, si así lo permite la Universidad a la que hago donación. SI  NO

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

Firma: (EI/LA DONANTE) \_\_\_\_\_

### IDENTIFICACIÓN DE DOS TESTIGOS COMPARECIENTES

Testigo 1º	Testigo 2º
Firma:	Firma:

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

**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 Centro de Donación de Cuerpos y Salas de Disección de las UCM** al que se ha realizado la donación (tfno:**913941374**, servicio 24h).