

DOCUMENTO DE CESIÓN POR TERCEROS DEL CUERPO DEL FALLECIDO PARA FINES CIENTÍFICOS

DATOS PERSONALES:

D/D^a _____

mayor de edad, con D.N.I. /N.I.E _____ y domicilio en

calle/Plaza/avda. _____ número _____

del municipio de _____ provincia de _____

código postal _____ teléfono/s _____

y correo electrónico _____

MANIFIESTA:

1.- Que guarda la siguiente relación:

1. Parentesco (indicar): _____
2. Representante legal (Tutor, curador...) _____
3. Otra condición (Trabajador social, Facultativo...) _____

con D./D^a _____ con

D.N.I. _____ fallecido/a en _____ el día _____,

del (mes) _____, del (año) _____

2.- Que no existe conflicto familiar o de otra índole que impida la realización de este acto de cesión.

3.- Que no conoce que exista ninguna causa que impida este acto de cesión. Y en virtud de ello, REALIZA LA CESIÓN del cuerpo de

D./D^a _____

en base a las siguientes cláusulas:

