

## DOCUMENTO DE CESIÓN DE EMBRIONES Y/O FETOS PARA FINES CIENTÍFICOS

### DATOS PERSONALES:

D. / D<sup>a</sup>. (1) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_.

y D./D<sup>a</sup>. (2) \_\_\_\_\_

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/N:

1. Que guarda la siguiente relación con el/los embrión/es o feto/s objeto de la cesión:

a) Parentesco (indicar): \_\_\_\_\_

b) Representante legal (Trabajador social, tutor...): \_\_\_\_\_

c) Otra condición: \_\_\_\_\_

2. Que no conoce que exista ninguna causa que impida este acto de cesión. Y en virtud de ello, REALIZA LA CESIÓN del cuerpo de: (indicar número) feto/s en base a las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:**

Por medio del presente documento expreso y dejo constancia de mi libre voluntad de donar el cuerpo indicado al Centro de Donación de Cuerpos de la Universidad Complutense de Madrid para que sea utilizado con fines científicos y de enseñanza.

**SEGUNDA:**

Consiento que el material gráfico, producto del trabajo de investigación sobre el cuerpo pueda ser publicado en libros o revistas científicas, pero nunca exhibido en ámbito ajeno al mundo universitario o científico.

**TERCERA:**

Consiento que el cuerpo pueda ser trasladado y cedido para ser utilizado con los mismos fines a cualquier otro organismo de investigación, si así lo permite la Universidad Complutense de Madrid.

**CUARTA:**

Consiento que los centros sanitarios en los que he sido atendido faciliten al Centro de Donación de Cuerpos y Salas de Disección mi historia clínica y todos los informes que se precisen para el desarrollo de sus funciones.

**QUINTA:**

Las cenizas, tras la incineración de los restos, en ningún caso serán entregadas.

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

D./D <sup>a</sup> .	D./D <sup>a</sup> .
Firma:	Firma:

**Es imprescindible adjuntar la fotocopia del DNI/NIE DE LOS CEDENTES**

<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 cuerpos para docencia e investigación
<b>Legitimación</b>	Misión de interés público / esencial; ejecución. Contrato
<b>Destinatarios</b>	Se prevén cesiones
<b>Derechos</b>	No se cederán datos a terceros, solo interesados legítimos (familiares)
<b>Información adicional</b>	Puede consultarla con detalle en: <a href="http://www.ucm.es/file/info-adic-donacion-voluntaria-cuerpo">www.ucm.es/file/info-adic-donacion-voluntaria-cuerpo</a>
<input type="checkbox"/> He leído la política de privacidad y expreso el consentimiento	

**Datos a rellenar por el facultativo que realiza el contacto para la cesión con el Centro de donación de cuerpos y salas de disección de la UCM:**

1. Tiempo de gestación: \_\_\_\_\_

2. Causa probable del fallecimiento: \_\_\_\_\_

**DECLARO QUE:**

- No existe conflicto con el equipo médico para llevar a cabo esta donación.
- Los padres otorgan su consentimiento para la donación por escrito.
- No ha sido posible mantener su autonomía vital según lo previsto en el artículo 28.3.

**Datos y firma del facultativo** \_\_\_\_\_