

ACTA DE DONACIÓN DE CUERPO

DATOS PERSONALES:

D/Dª	_____	mayor de edad,
con DNI / NIE nº	_____	y fecha de nacimiento _____, estado
civil	_____	, natural de _____, provincia de _____
y domicilio en	_____ nº _____	
del municipio de	_____	provincia de _____
código postal	_____	
teléfono/s	_____	correo electrónico _____

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).

Información básica de protección de datos del tratamiento: Donación Voluntaria de Cuerpo	
Responsable	Dirección del Centro de Donación de Cuerpos y Salas de Disección
Finalidad	Donación voluntaria de cuerpos para docencia e investigación
Legitimación	Misión de interés público / esencial; ejecución. Contrato
Destinatarios	No se cederán datos a terceros, solo interesados legítimos
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos (ver la información adicional)
Información adicional	Puede consultarla con detalle en: https://www.ucm.es/dpd/file/rat-donacion-voluntaria-cuerpos
☐ He leído la política de privacidad y expreso el consentimiento	

Que después de haber sido debidamente informado, he leído y comprendido los términos que se exponen en la información que me ha sido facilitada bajo el título "Programa de donación de cuerpos. Universidad Complutense de Madrid"

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.
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.
4. 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.
5. Estoy informado de que las cenizas, tras la incineración de los restos, en ningún caso serán devueltas.

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**