

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

DATOS PERSONALES:

D. / D^a. (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^a. (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 ^a .	D./D ^a .
Firma:	Firma:

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

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	Se prevén cesiones
Derechos	No se cederán datos a terceros, solo interesados legítimos (familiares)
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	

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 _____