



FORMULARIO DE DONACIÓN DE CUERPO

Córdoba, de de 20

Por la presente, (nombre) que suscribe,
DNI , 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 “Requisitos que se deben reunir para la aceptación de la donación de un
cuerpo para Docencia e Investigación”, **DECLARO** que:

- 1- En uso de mis facultades mentales y plena capacidad jurídica hago la **Donación de mi Cuerpo** a la Cátedra de Anatomía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba para que, después de fallecido, sea utilizado para docencia e investigación.
- 2- Consiento que el material gráfico, producto del trabajo de investigación sobre mi cuerpo pueda ser publicado en libros o revistas científicas, y siempre con reserva de la identidad (Declaración de Helsinki).
- 3- Si del estudio surgiera algún elemento de interés, consiento que sea incorporado al Museo Anatómico de Córdoba “Prof. Pedro Ara”.
- 4- Autorizo que la Facultad de Ciencias Médicas pueda transferir mi cuerpo a otras áreas de la misma Universidad y con los mismos fines, de ser necesario.
- 5- Autorizo a que la Facultad de Ciencias Médicas realice la disposición final de mis restos, sea por cremación o enterramiento.

Fecha de Nacimiento:

Ciudadanía:

Domicilio en la ciudad de Córdoba o poblaciones circundantes:

(calle)

(número)

(barrio)

(localidad)

Teléfono:Nº:

Correo electrónico:

Firma del donante (certificada)

DOS TESTIGOS COMPARECIENTES

(Los testigos deben ser, preferentemente, familiares directos o las personas que harían cumplir la voluntad del donante)

TESTIGO 1

Apellido y Nombres:

Documento N°:

Relación con el donante:

Teléfono

Correo electrónico:

Firma

TESTIGO 2

Apellido y Nombres:

Documento N°:

Relación con el donante:

Teléfono

Correo electrónico:

Firma

Es imprescindible adjuntar la fotocopia del DNI del/la donante y dos testigos
NOTA IMPORTANTE: De esta decisión deberá informar debidamente a los familiares, amigos y personal del centro sanitario en caso de hospitalización.

Esta donación puede revocarse en cualquier momento contactándose con el Programa de Donación de Cuerpos y acreditando su identidad.

***En caso de fallecimiento, comunicarse de inmediato al teléfono 351-6775723, para notificar y recibir indicaciones**

****Los traslados a cargo de la Facultad de Ciencias Médicas son dentro de la ciudad de Córdoba y poblaciones circundantes. En caso de producirse en el interior de la Provincia, quedará a cargo de la familia. Consulte si su obra social o prepaga tiene cobertura de servicios fúnebres y, en ese caso, si realizan el traslado (podremos colaborar con esta información al comunicarse para notificar).**

*****Si participa una empresa fúnebre, no permita que se realice ningún procedimiento en el cuerpo, ya que no podrá recibirse si se administró alguna sustancia post-mortem.**

RECIBIDO Y REGISTRADO

<http://donarcuerpoalaciencia.webs.fcm.unc.edu.ar/>