



DOCUMENTO DE DONACIÓN DE CUERPO

Yo, D/D^a _____, mayor de edad,
con DNI nº _____, con domicilio en C/ _____
nº _____, del municipio de _____, provincia de _____
código postal _____, teléfonos _____
y correo electrónico _____

DECLARO que:

1. **Hago donación de mi cuerpo** para que después de mi fallecimiento sea utilizado en el Área de Anatomía Humana (Departamento de Ciencias Médicas) de la Facultad de Medicina de Albacete de la Universidad de Castilla-La Mancha, con fines docentes y de investigación.

Firma: _____

2. **Consiento que mi cuerpo, después del fallecimiento, pueda ser trasladado a otra Facultad de Medicina** del estado Español, si así lo decide la Facultad a la que hago donación (marque con una cruz lo que proceda).

SI

NO

Firma: _____

3. Una vez completado el estudio anatómico, me gustaría que mis restos sean:

Incinerados

Enterrados

Firma: _____

Indique persona de contacto (familiar, amigo ó personal de centro sanitario) que deba ser informado en el momento de finalización del estudio anatómico: _____ y teléfono _____

En _____, a _____ de _____ de 2_____

NOTA IMPORTANTE: De esta decisión **deberá informar debidamente a los familiares y/o amigos, y/o personal del centro sanitario** (en caso de hospitalización) los cuales quedan **encargados de avisar inmediatamente después del fallecimiento al Departamento de la Facultad de Medicina** al que se ha realizado la donación (los datos figuran en el carné de donante), o a través de la **Funeraria Albacete** (tfnº: **967.218892**, servicio 24h).

Indique si desea ser donante de cerebro: SI NO

PROTECCIÓN DE DATOS.

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Facultad de Medicina de Albacete de la Universidad de Castilla-La Mancha le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario, quedarán registrados en un fichero automatizado de datos, con fines exclusivos relacionados con la donación. Firmando este documento usted autoriza a la Facultad a incorporar los datos a dicho fichero. Asimismo, se le informa que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Decano de la Facultad de Medicina de Albacete.

