



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓICAS  
Facultade de Medicina e Odontoloxía  
Rúa San Francisco, s/n  
15782 Santiago de Compostela  
Tfno. 881812301  
Correo electrónico: cmsec@usc.es

Yo,....., con D.N.I. nº.....,  
y domicilio en....., calle.....,  
nº....., piso....., cód. postal....., teléfono/s.....,  
mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales y por libre voluntad, deseo  
que tras mi fallecimiento mi cuerpo sea entregado a la Facultad de Medicina de la  
Universidad de Santiago de Compostela para tareas de investigación y estudio.

Con el ruego a mis allegados de que notifiquen de inmediato o mi fallecimiento a la  
citada Facultad de Medicina, manifiesto mi consentimiento a donar mi cuerpo a la  
ciencia firmando el presente documento.

Así mismo, hago constar que autorizo al Servicio de Donación de Cuerpos de la  
Facultad de Medicina de Santiago de Compostela a acceder a mi Historial Clínico en el  
momento de mi fallecimiento.

En....., a..... de..... de 20.....  
(Firma del/a interesado/a)

Testigo 1	Testigo 2
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:
DNI:	DNI:
Dirección:	Dirección:
(Firma)	(Firma)

Tanto el donante como los testigos tienen que ser mayores de edad y estar en pleno uso de sus facultades mentales. Deben adjuntar fotocopia de los tres DNI