

Eu,, con
D.N.I./NIE, e domicilio en,
rúa, nº, piso, cód.
postal, teléfono/s, correo
electrónico..... maior de idade, en pleno uso das miñas
facultades mentais e por libre vontade,

- Desexo que, tras o meu falecemento, o meu corpo sexa entregado ao Servizo de Doazón de Corpos para a Docencia e a Investigación da Universidade de Santiago de Compostela, para o seu uso en tarefas de estudo, docencia e investigación.
- Rogo ás miñas persoas achegadas que comuniquen de inmediato o meu falecemento ao devandito Servizo de Doazón de Corpos.
- Dou o meu consentimento para que o material gráfico resultante dos traballos de investigación realizados sobre o meu corpo poida ser publicado en revistas ou libros científicos, sempre garantindo o meu anonimato, mais nunca exhibido fóra do ámbito universitario ou científico.
- Autorizo o Servizo de Doazón de Corpos da Facultade de Medicina de Santiago de Compostela a acceder ao meu historial clínico e a todos os informes que sexan precisos para o desenvolvemento das súas funcións no momento do meu falecemento.
- Estou informado de que as cinzas resultantes da incineración dos restos non serán devoltas.

CLAUSULA INFORMATIVA – SERVIZO DE DOAZÓN DE CORPOS

De conformidade coa Lei Orgánica 3/2018, de 5 de decembro, de Protección de Datos Personais e garantía dos dereitos dixitais e co Regulamento UE 2016/679, os datos recadados serán incorporados pola Universidade de Santiago de Compostela (USC) no tratamento “Servizo de doazón de corpos”, cuxa finalidade é a xestión da doazón de corpos á USC para a súa utilización con fins docentes e de investigación.

Lembre marcar a casilla de consentimento do tratamento de datos