

Yo,, con
D.N.I./NIE, y domicilio en,
calle, nº, piso,
cód. postal, teléfono/s, correo
electrónico....., mayor de edad, en
pleno uso de mis facultades mentales y por libre voluntad,

- Deseo que, tras mi fallecimiento, mi cuerpo sea entregado al Servicio de Donación de Cuerpos para la Docencia y la Investigación de la Universidad de Santiago de Compostela, para su uso en tareas de estudio, docencia e investigación.
- Ruego a mis personas allegadas que comuniquen de inmediato mi fallecimiento a dicho Servicio de Donación de Cuerpos.
- Doy mi consentimiento para que el material gráfico resultante de los trabajos de investigación realizados sobre mi cuerpo pueda ser publicado en revistas o libros científicos, siempre garantizando mi anonimato, pero nunca exhibido fuera del ámbito universitario o científico.
- Autorizo al Servicio de Donación de Cuerpos de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela a acceder a mi historial clínico y a todos los informes que sean precisos para el desarrollo de sus funciones en el momento de mi fallecimiento.
- Estoy informado de que las cenizas resultantes de la incineración de los restos no serán devueltas.

CLAUSULA INFORMATIVA – SERVICIO DE DONACIÓN DE CUERPOS

De conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y con el Reglamento UE 2016/679, los datos recogidos serán incorporados por la Universidad de Santiago de Compostela (USC) en el tratamiento “Servicio de donación de cuerpos”, cuya finalidad es la gestión de la donación de cuerpos a la USC para su utilización con fines docentes y de investigación.

