



Universidad de Navarra

Facultad de Medicina

Departamento de Patología, Anatomía y Fisiología

D....., nacido el,
mayor de edad, titular del DNI.....(cuya fotocopia se adjunta), con
domicilio a efecto de notificaciones en
CP.....Localidad.....con teléfono nº
actuando en mi propio nombre y derecho

MANIFIESTO:

1. Que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales y tengo capacidad suficiente para realizar este acto de donación de mi propio cuerpo a mi fallecimiento.
2. Que he sido informado suficientemente de los requisitos necesarios y procedimentales para la donación de mi propio cuerpo a la ciencia.

En virtud de ello, manifiesto mi voluntad de donar mi cadáver a la ciencia a través de las siguientes:

CLÁUSULAS

Primera.- Por medio del presente documento expreso y dejo constancia de mi libre voluntad de donar mi cadáver en el momento de mi fallecimiento al Departamento de Patología, Anatomía y Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra con fines científicos y de enseñanza. Asimismo autorizo la consulta de mi historia clínica con los mismos fines.

Segunda.- Para que la donación se perfeccione deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Mi fallecimiento debe producirse dentro de la Comunidad Foral de Navarra o en la Comunidad de la Rioja, por ser la Universidad de Navarra la más próxima a dicha Comunidad.
- La causa de mi fallecimiento no puede ser por accidente.
- No debo haber padecido ninguna enfermedad infectocontagiosa, ni encontrarse el cuerpo en alguna de las situaciones del denominado Grupo I regulado por el D.F. 297/2001, de 15 de octubre.
- No se me puede haber realizado la autopsia.
- No debe existir ninguna instrucción judicial o reclamación sobre el cuerpo emitida por la autoridad competente y conforme la legislación en vigor en el momento de mi deceso.
- Otras situaciones que afecten a la integridad del cadáver o dificulten el adecuado tratamiento o manipulación del mismo para la docencia, como por ejemplo amputaciones u obesidad mórbida, pueden impedir la aceptación del cuerpo por parte de la facultad. En cualquier caso el departamento de Patología, Anatomía y Fisiología se reserva el derecho de aceptar la donación en su momento

Tercera.- Conozco y consiento que la Universidad de Navarra se reserva el derecho de aceptar la donación en su momento, y la autorizo expresamente a comprobar todos los datos aportados, así como del cumplimiento de los requisitos contemplados en la cláusula segunda y los demás que en su momento pueda exigir la legislación vigente.



Cuarta.- Caso de que fallezca en una comunidad autónoma distinta a las indicadas en el número 1 de la cláusula segunda, es mi deseo que acepte la donación en los mismos términos el Departamento de Anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad más cercana al lugar de mi fallecimiento.

Quinta.- Me comprometo a informar a mis familiares y amigos sobre mi voluntad de donar mi cadáver a la ciencia, para que cuando ocurra mi fallecimiento lo notifiquen de modo inmediato a la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

Sexta.- Tras mi fallecimiento mi cadáver permanecerá en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra o en cualquiera de sus centros para la docencia y la investigación durante el tiempo que sea necesario.

Séptima.- Táchese lo que NO proceda:

a) Autorizo a la Universidad de Navarra a que proceda a darme sepultura tras el período de permanencia de mi cadáver en la Universidad de Navarra y que ningún familiar mío pueda solicitar la recuperación de mis restos mortales.

b) Autorizo a..... (nombre completo y relación familiar en su caso), con domicilio en C/.....

....., y teléfono: para que, en caso de que así lo desee, pueda recuperar mis restos mortales tras el transcurso del período de estancia de mi cadáver en la Universidad de Navarra.

Para ello, informo a las personas autorizadas en el apartado B que tras el fallecimiento y en el plazo máximo de un mes, deberá remitir debidamente cumplimentado el formulario de recuperación de restos mortales que le será enviado a su domicilio. El no cumplimiento de este requisito se entenderá de modo inequívoco como renuncia a la recuperación de restos, por lo que solicito en este caso a la Universidad de Navarra que proceda a darme sepultura.

Octava.- Manifiesto conocer que los datos aquí recogidos se incorporarán y tratarán en un fichero para uso interno – Fichero de Donación de Cuerpos para Docencia –, y para el envío de formación relacionada con el objeto de la donación recogida en este documento y así como para la suministración de cualquier tipo de información relacionada con la donataria o con otras entidades que ayudan a la donataria a cumplir sus fines propios. Los titulares quedan informados de todos los derechos que la Ley Orgánica 15/1999 les reconoce. Las personas legitimadas podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a anatomiamed@unav.es o al Departamento de Anatomía sito en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, sita en el Campus Universitario de la Universidad de Navarra en Pamplona, 31080.

En prueba de conformidad, firmo el presente documento que consta de dos ejemplares, uno queda en mi poder (*Documento para el donante*) y el otro en el Departamento Patología, Anatomía y Fisiología de la Universidad de Navarra (*Documento para la Facultad*).

Firma y fecha



Universidad de Navarra

Facultad de Medicina

Departamento de Patología, Anatomía y Fisiología

D....., nacido el, mayor de edad, titular del DNI.....(cuya fotocopia se adjunta), con domicilio a efecto de notificaciones en CP.....Localidad.....con teléfono nº actuando en mi propio nombre y derecho

MANIFIESTO:

1. Que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales y tengo capacidad suficiente para realizar este acto de donación de mi propio cuerpo a mi fallecimiento.
2. Que he sido informado suficientemente de los requisitos necesarios y procedimentales para la donación de mi propio cuerpo a la ciencia.

En virtud de ello, manifiesto mi voluntad de donar mi cadáver a la ciencia a través de las siguientes:

CLÁUSULAS

Primera.- Por medio del presente documento expreso y dejo constancia de mi libre voluntad de donar mi cadáver en el momento de mi fallecimiento al Departamento de Patología, Anatomía y Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra con fines científicos y de enseñanza. Asimismo autorizo la consulta de mi historia clínica con los mismos fines.

Segunda.- Para que la donación se perfeccione deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Mi fallecimiento debe producirse dentro de la Comunidad Foral de Navarra o en la Comunidad de la Rioja, por ser la Universidad de Navarra la más próxima a dicha Comunidad.
- La causa de mi fallecimiento no puede ser por accidente.
- No debo haber padecido ninguna enfermedad infectocontagiosa importante, ni encontrarse el cuerpo en alguna de las situaciones del denominado Grupo I regulado por el D.F. 297/2001, de 15 de octubre.
- No se me puede haber realizado la autopsia.
- No debe existir ninguna instrucción judicial o reclamación sobre el cuerpo emitida por la autoridad competente y conforme la legislación en vigor en el momento de mi deceso.
- Otras situaciones que afecten a la integridad del cadáver o dificulten el adecuado tratamiento o manipulación del mismo para la docencia, como por ejemplo amputaciones u obesidad mórbida, pueden impedir la aceptación del cuerpo por parte de la facultad. En cualquier caso el departamento de Patología, Anatomía y Fisiología se reserva el derecho de aceptar la donación en su momento

Tercera.- Conozco y consiento que la Universidad de Navarra se reserva el derecho de aceptar la donación en su momento, y la autorizo expresamente a comprobar todos los datos aportados, así como del cumplimiento de los requisitos contemplados en la cláusula segunda y los demás que en su momento pueda exigir la legislación vigente.



Cuarta.- Caso de que fallezca en una comunidad autónoma distinta a las indicadas en el número 1 de la cláusula segunda, es mi deseo que acepte la donación en los mismos términos el Departamento de Patología, Anatomía y Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad más cercana al lugar de mi fallecimiento.

Quinta.- Me comprometo a informar a mis familiares y amigos sobre mi voluntad de donar mi cadáver a la ciencia, para que cuando ocurra mi fallecimiento lo notifiquen de modo inmediato a la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

Sexta.- Tras mi fallecimiento mi cadáver permanecerá en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra o en cualquiera de sus centros para la docencia y la investigación durante el tiempo que sea necesario.

Séptima.- Táchese lo que NO proceda:

a) Autorizo a la Universidad de Navarra a que proceda a darme sepultura tras el período de permanencia de mi cadáver en la Universidad de Navarra y que ningún familiar mío pueda solicitar la recuperación de mis restos mortales.

b) Autorizo a (nombre completo y relación familiar en su caso), con domicilio en C/....., y teléfono: para que, en caso de que así lo desee, pueda recuperar mis restos mortales tras el transcurso del período de estancia de mi cadáver en la Universidad de Navarra.

Para ello, informo a las personas autorizadas en el apartado B que tras el fallecimiento y en el plazo máximo de un mes, deberá remitir debidamente cumplimentado el formulario de recuperación de restos mortales que le será enviado a su domicilio. El no cumplimiento de este requisito se entenderá de modo inequívoco como renuncia a la recuperación de restos, por lo que solicito en este caso a la Universidad de Navarra que proceda a darme sepultura.

Octava.- Manifiesto conocer que los datos aquí recogidos se incorporarán y tratarán en un fichero para uso interno – Fichero de Donación de Cuerpos para Docencia –, y para el envío de formación relacionada con el objeto de la donación recogida en este documento y así como para la suministración de cualquier tipo de información relacionada con la donataria o con otras entidades que ayudan a la donataria a cumplir sus fines propios. Los titulares quedan informados de todos los derechos que la Ley Orgánica 15/1999 les reconoce. Las personas legitimadas podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a anatomiamed@unav.es o al Departamento de Anatomía sito en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, sita en el Campus Universitario de la Universidad de Navarra en Pamplona, 31080.

En prueba de conformidad, firmo el presente documento que consta de dos ejemplares, uno queda en mi poder (*Documento para el donante*) y el otro en el Departamento de Patología, Anatomía y Fisiología de la Universidad de Navarra (*Documento para la Facultad*).

Firma y fecha