FAC SIMILE – DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER LA DISPOSIZIONE DEL PROPRIO CORPO E DEI TESSUTI *POST MORTEM* A FINI DI STUDIO, DI FORMAZIONE E DI RICERCA SCIENTIFICA – ex Legge 10/2020[1]

Io sottoscritt _ _____nat_ il _____ a

_____residente a _____prov. _____

indirizzo _____n. _____CAP _____

domiciliat_ (Specificare se diverso dalla residenza) a _____prov _____Indirizzo

_____n. _____CAP_____

telefono _____cellulare _____

email _____

documento identità (tipo e numero) _____Valido fino al _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, avendo acquisito adeguate informazioni, conformemente a quanto previsto dal combinato disposto delle leggi 10 febbraio 2020, n. 10, 22 dicembre 2017 n. 219 e Decr. Min Salute del 18 luglio 2024

DISPONGO QUANTO SEGUE

- Esprimo il consenso all'utilizzo del mio corpo e dei tessuti dopo la morte per fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica ☐ SI ☐ NO
- Dispongo che il mio corpo, terminato l'utilizzo per le finalità di cui sopra, sia inumato/tumulato ☐ SI ☐ NO
- Dispongo che il mio corpo, terminato l'utilizzo per le finalità di cui sopra, sia cremato ☐ SI ☐ NO

Sono a conoscenza di **poter revocare il consenso espresso** nel presente atto in qualsiasi momento e con le stesse modalità richieste per la sua espressione (art. 3, comma 1, della legge 10/2020; artt. 1 comma 1 lett. a) del DM 18 luglio 2024) e che, nei casi in cui ragioni di emergenza ed urgenza impedissero di procedere alla revoca del consenso con dette modalità, essa può essere espressa con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, in presenza di due testimoni.

1.Il presente modulo di consenso **è solo un fac simile** valido solo se sottoscritto in uno dei seguenti modi: 1. Atto (pubblico o scrittura privata) sottoscritto personalmente dal notaio; 2. Atto (scrittura privata semplice) sottoscritto personalmente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza; 3. Atto (scrittura privata semplice) sottoscritto personalmente presso le strutture sanitaria autorizzate.

2.Si tratta di persona di fiducia, che deve essere maggiorenne e capace di intendere e di volere. Non deve necessariamente trattarsi di un familiare. Al fiduciario e al sostituto verrà rilasciata una copia del presente consenso. L'incarico del fiduciario, nonché del suo sostituto, può essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione. Il fiduciario e il sostituto possono revocare la propria accettazione in qualsiasi momento con atto scritto comunicato al disponente.

FAC SIMILE – DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER LA DISPOSIZIONE DEL PROPRIO CORPO E DEI TESSUTI *POST MORTEM* A FINI DI STUDIO, DI FORMAZIONE E DI RICERCA SCIENTIFICA – ex Legge 10/2020[1]

NOMINA FIDUCIARIO[2] (obbligatoria)

Come previsto dalla Legge n. 10 del 2020 provvedo a nominare come mio rappresentante fiduciario:

Nominativo_____nato/a il ___

_____ a ____residente a _____prov.

_____ indirizzo _____CAP___

telefono_____cellulare _____ email_____Documento (tipo e

numero) _____valido fino al_____

codice fiscale

il quale dichiara di accettare la nomina sottoscrivendo la presente dichiarazione di consenso.

Al fiduciario nominato, in conformità con quanto previsto dall'art. 3 della legge 10/2020, spetta l'onere di comunicare l'esistenza del consenso espresso nella presente dichiarazione al medico che accerta il decesso, nonché di occuparsi di tenere le relazioni con il medico, con le Strutture sanitarie e con il centro di riferimento

NOMINA SOSTITUTO DEL FIDUCIARIO (facoltativa)

Nel caso in cui il soggetto sopra nominato non possa (come, ad esempio, in caso di morte, di sopravvenuta incapacità, nonché nel caso di oggettiva impossibilità) o non voglia esercitare la propria funzione, lo sostituirà in tale compito il/la signor/a:
Nominativo_____ nato/a_____ il _____ a _____residente_____prov._____indirizzo_____ ___n._____CAP_____telefono_____cellulare_____ _____e-mail _____documento_____codice fiscale _____

il quale, a sua volta, dichiara di accettare la nomina sottoscrivendo la presente dichiarazione di consenso.

Luogo _____Data_____**firma del Dichiarante**
_____

Per accettazione (firma fiduciario) _____

Per accettazione (firma sostituto del fiduciario) _____

Al fiduciario e al sostituto verrà rilasciata una copia della presente disposizione.
L'incarico del fiduciario, nonché del suo sostituto, può essere revocata dal sottoscritto in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione. Il fiduciario e il sostituto possono revocare la propria accettazione in qualsiasi momento con atto scritto e comunicato al sottoscritto.

1.Il presente modulo di consenso **è solo un fac simile** valido solo se sottoscritto in uno dei seguenti modi: 1. Atto (pubblico o scrittura privata) sottoscritto personalmente dal notaio; 2. Atto (scrittura privata semplice) sottoscritto personalmente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza; 3. Atto (scrittura privata semplice) sottoscritto personalmente presso le strutture sanitaria autorizzate.

2.Si tratta di persona di fiducia, che deve essere maggiorenne e capace di intendere e di volere. Non deve necessariamente trattarsi di un familiare. Al fiduciario e al sostituto verrà rilasciata una copia del presente consenso. L'incarico del fiduciario, nonché del suo sostituto, può essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione. Il fiduciario e il sostituto possono revocare la propria accettazione in qualsiasi momento con atto scritto comunicato al disponente.