DI

Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

Consenso alla disposizione del proprio corpo e dei tessuti POST MORTEM ai fini di studio, formazione e ricerca scientifica

MCi/903/P03-D
Rev. 0

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 _____email (ripetere) _____

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 [1]anche per tramite dell'informativa inviatami dal Centro di riferimento

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.
Come previsto dalla legge, gli oneri per il trasporto del corpo dal momento del decesso fino alla sua restituzione (entro massimo 12 mesi dalla donazione), sono a carico del Centro territorialmente competente che prende in consegna il corpo, così come le spese relative alla tumulazione e/o per l'eventuale cremazione. Le spese per la tumulazione e/o la cremazione saranno invece a carico della famiglia nel caso in cui sia richiesta la restituzione della salma.

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. _____

[1] Nell'attesa del collegamento alla banca digitale nazionale delle dichiarazioni post mortem, Careggi protocollerà l'avvenuta ricezione della dichiarazione e la conserverà in formato cartaceo (e copia digitale) e sarà in seguito inviata, a richiesta del fiduciario (scrivere a disposizionipm@aou-careggi.toscana.it allegando scansione documento identità), al Centro di Riferimento che verrà indicato dal medico necroscopo.

indirizzo _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ cellulare _____

email _____ ripetere 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 necroscopo che accerta il decesso.

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 a _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ cellulare _____

email _____ documento _____

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

Data _____ In fede _____

Per accettazione *(firma fiduciario)*

_____

Per accettazione *(firma sostituto del fiduciario)*

_____

Data _____ In fede _____

_____

[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..