

MODELLO DI 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 10/2020¹

Sez. 1 – Dati del disponente

Io sottoscritto/a

Cognome

Nome

nato/a_ il

a

prov.

Regione

Stato

Codice Fiscale

Residente in Via

Civico n.

a

prov.

CAP

Regione

Stato

Cellulare

Indirizzo e-mail

Documento di riconoscimento

numero

Valido fino al

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
- ☐ Revoco il consenso all'utilizzo del mio corpo e dei tessuti dopo la morte per fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica, presentato con precedente DPM redatta in data _____ e consegnata alla ASST/ASL di _____

Dispongo che il mio corpo, terminato l'utilizzo per le finalità di cui sopra sia

- ☐ Inumato/tumulato
- ☐ Cremato

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.

Data _____

In fede (il disponente) _____

¹ La presente disposizione deve essere consegnata all'Azienda Sanitaria di appartenenza (DM 18 luglio 2024) che provvederà ad inserirla nella banca dati nazionale.

Per essere valida deve essere sottoscritta 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 sanitarie autorizzate.

Sez. 2 –1) Dati dell'esercente la responsabilità genitoriale se il disponente è soggetto minore²

Cognome _____ Nome _____
nato/a_ il _____ a _____ prov. _____ Regione _____
Stato _____ Codice Fiscale _____
residente in Via _____ Civico n. ____ a _____
prov. _____ CAP _____ Regione _____ Stato _____
Documento di riconoscimento _____ numero _____
Valido fino al _____

Dichiarazione di consenso alla disposizione

Data _____

Firma dell'esercente _____

Sez. 2 –2) Dati dell'esercente la responsabilità genitoriale se il disponente è soggetto minore²

Cognome _____ Nome _____
nato/a_ il _____ a _____ prov. _____ Regione _____
Stato _____ Codice Fiscale _____
residente in Via _____ Civico n. ____ a _____
prov. _____ CAP _____ Regione _____ Stato _____
Documento di riconoscimento _____ numero _____
Valido fino al _____

Dichiarazione di consenso alla disposizione

Data _____

Firma dell'esercente _____

2

Sez. 2- 3 – dati del minore

Cognome _____ Nome _____
nato/a_ il _____ a _____ prov. _____ Regione _____
Stato _____ codice fiscale _____
residente in Via _____ Civico n. ____ a _____
prov. _____ CAP _____ Regione _____ Stato _____
documento identità _____ numero _____ Valido fino al _____

²Dichiarazione di consenso da parte di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale, ovvero dei tutori, o dei soggetti affidatari ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, nel caso il disponente sia soggetto minore d'età.

Sez. 3 – Nomina del fiduciario³ (obbligatoria)

Nomino come mio rappresentante fiduciario:

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____ a _____
_____ prov. _____ Regione _____ Stato _____
_____ Codice Fiscale _____

residente in Via _____ Civico n. _____ a _____ prov. _____
_____ CAP _____ Regione _____ Stato _____

Cellulare _____ Indirizzo e-mail _____

Documento di riconoscimento _____ numero _____ Valido fino al _____

Dichiaro di accettare la nomina

Data _____

Per accettazione (firma fiduciario) _____

Sez. 4 – Nomina del sostituto del fiduciario³ (facoltativa)

Nel caso in cui il fiduciario 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:

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____ a _____
_____ prov. _____ Regione _____ Stato _____
_____ Codice Fiscale _____

residente in Via _____ Civico n. _____ a _____ prov. _____
_____ CAP _____ Regione _____ Stato _____

Cellulare _____ Indirizzo e-mail _____

Documento di riconoscimento _____ numero _____ Valido fino al _____

Dichiaro di accettare la nomina

Data _____

Per accettazione (firma fiduciario) _____

Allegati:

- copia del documento di riconoscimento fronte-retro del disponente e del/dei fiduciario/i
- copia della tessera sanitaria fronte-retro del disponente e del/dei fiduciario/i

³ 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.