



**INSTITUTO NACIONAL DE DONACION Y TRASPLANTE
DE CELULAS, TEJIDOS Y ORGANOS**

DOCUMENTO DE DONACION

FECHA		PAIS		DPTO.	
APELLIDOS					
NOMBRES					
FECHA NACIMIENTO		SEXO	M	F	ESTADO CIVIL
CEDULA IDENTIDAD					
INSTITUCION		NOMBRE FUNCIONARIO		FIRMA FUNCIONARIO	

En mi calidad de mayor de edad y en pleno uso de mis facultades,

Dono: Totalmente: Parcialmente: _____
(Especifique que)

No otorgo consentimiento:

No he decidido aún:

Para que, luego de mi muerte, mi cuerpo sea empleado con fines terapéuticos o científicos,
según lo previsto en la Ley 17.668.

FIRMA

Si no supiere o pudiese firmar
TESTIGOS _____

Las firmas deben llevar contrafirma