**Documento Notarial para Donación de Cuerpo**

**Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A**

**Departamento de Anatomía Humana**

**Programa de Medicina**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacido el\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la ciudad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con documento de identidad número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,mayor de edad, residente en la ciudad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de estado civil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con dirección de domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actuando en mi propio nombre y derecho, en plena facultad y conciencia de mis actos y sin ningún tipo de presión,

**MANIFIESTO QUE:**

1. Me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales y tengo capacidad suficiente para realizar el acto de donación irrevocable de mi cuerpo a mi fallecimiento, al Departamento de Anatomía Humada, del Programa de Medicina de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, institución identificada con NIT. 860.403.721-2.
2. He sido informado suficientemente de los requisitos necesarios y procedimentales para la donación de mi propio cuerpo a la ciencia.
3. He informado de mi decisión a mis familiares, a quienes solicito respetar mi voluntad, para que, cuando ocurra mi fallecimiento, lo notifiquen de modo inmediato al Programa de Medicina, de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.

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 Anatomía del Programa de Medicina de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, con fines científicos y de enseñanza. Asimismo, autorizo la consulta de mi historia clínica, con los mismos fines.

**Segunda. -** Para que la donación sea ejecutada, se deben cumplir los siguientes requisitos:

* Mi fallecimiento, se debe producir dentro del territorio nacional de Colombia.
* Si mi fallecimiento se presenta fuera del territorio nacional de Colombia es mi deseo que se acepte la donación de mi cuerpo en los mismos términos a los estipulados en este documento al Departamento de Anatomía del Programa de Medicina, de la Universidad más cercana al lugar de mi fallecimiento
* La causa de mi fallecimiento no puede ser por accidente.
* No debo haber padecido ninguna enfermedad infectocontagiosa importante.
* No debe existir ninguna instrucción judicial o reclamación sobre el cuerpo emitida por la autoridad competente y conforme la legislación vigente en el momento de mi deceso.

**Tercera. -** Conozco y consiento que la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A se reserve 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. -** Tras mi fallecimiento, mi cadáver permanecerá en el programa de Medicina Humana de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. o en cualquiera de sus centros para la docencia y la investigación, durante el tiempo que sea necesario.

**Quinta. -** Una vez mi cuerpo haya cumplido el objetivo, solicito que el destino final de mis restos mortales sea (marcar la opción que usted desee):

1. Autorizo a la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A que proceda a darme sepultura tras el período de permanencia de mi cadáver en la Universidad y que ningún familiar mío pueda solicitar la recuperación de mis restos mortales

1. Autorizo a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(s) con Cédula de Ciudadanía número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para que en calidad de familiares, puedan recuperar mis restos mortales tras el transcurso del período de estancia de mi cadáver en la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A y sean notificados por la misma, en la dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o a los teléfonos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para darles un destino final, acorde con mis creencias religiosas.

**Sexta. -** Manifiesto conocer que los datos aquí recogidos se incorporarán y tratarán en un fichero para uso interno y para el envío de información relacionada con el objeto de la donación realizada, así como para el suministro de cualquier tipo de información concerniente con el Programa o con otras entidades que ayudan al Programa, a cumplir sus fines propios. Yo, como titular de los datos, quedo informado de todos los derechos que la Ley vigente colombiana me reconoce, pudiendo ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndome al Departamento de Anatomía de la U.D.C.A.

En prueba de conformidad de todo lo anteriormente enunciado 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 Anatomía de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A *(Documento para el Programa),* ante el Notario y dos testigos, que dan fe de mi decisión.

Se firma en Bogotá, a los\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días (\_\_\_) del mes de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Declarante**

Nombre:

Cédula:

Celular:

Correo electrónico:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Firma Testigo**

Nombre:

Cédula:

Celular:

Correo electrónico:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Firma Testigo

Nombre:

Cédula:

Celular:

Correo electrónico:

**ESPACIO PARA REGISTRO NOTARIAL**