Opole, dnia.....

# OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a/ ..... ..... ....., urodzony dnia ..... w ....., Pesel ..... zamieszkały/a/..... legitymujący/a/ się dowodem osobistym seria i numer ..... wydanym przez ..... w dniu ....., stosownie do poczynionych przeze mnie, na wypadek śmierci, ustaleń z Zakładem Anatomii Instytutu Medycyny Uniwersytetu Opolskiego - adres 45-052 Opole ul. Oleska 48, telefon ..... dotyczących mojego ciała, niniejszym stwierdzam, że życzeniem moim jest, aby moje ciało zostało nieodpłatnie przekazane wyżej wymienionemu Zakładowi Anatomii do celów naukowo-dydaktycznych.

Równocześnie oświadczam, że jestem poinformowany/a/, że przekazanie ciała nastąpi nieodpłatnie oraz że moje ciało zostanie pochowane na koszt Uniwersytetu Opolskiego na cmentarzu .....

Wolą moją jest by moje dane osobowe: imię i nazwisko, rok urodzenia i rok śmierci **były/nie były** * umieszczone na tablicy Darczyńców Uniwersytetu Opolskiego.

Wolą moją jest by moje ciało po terminie wykorzystania do celów naukowo-dydaktycznych **zostało/nie zostało*** poddane kremacji oraz zostało pochowane w obrządku .....

**** odpowiednią decyzję proszę podkreślić***

..... .....
*(miejscowość, dnia)* *(czytelny podpis Donatora) ***

O terminie pochówku proszę zawiadomić niżej wymienione osoby:

.....

zam. w ..... tel.....

.....

zam. w ..... tel.....

O moim postanowieniu powiadomione zostały następujące osoby:

.....

zam. w ..... tel.....

.....

zam. w ..... tel.....

które zobowiązały się do niezwłocznego powiadomienia Donariusza – Zakład Anatomii Instytutu Medycyny Uniwersytetu Opolskiego o mojej śmierci

(dane kontaktowe: .....

.....).

*Podpisy osób zobowiązanych do powiadomienia Donariusza*

.....

zam. w ..... tel..... podpis .....

.....

zam. w ..... tel..... podpis .....

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu Świadomej Donacji Zwłok na potrzeby naukowo-dydaktyczne Uniwersytetu Opolskiego.

..... .....

*(miejscowość, dnia)* *(czytelny podpis Donatora)* **

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z realizacją *Programu Świadomej Donacji Zwłok* przez Zakład Anatomii Instytutu Medycyny Uniwersytetu Opolskiego, 45-052 Opole ul. Oleska 48, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r, w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

..... .....

*(miejscowość, dnia)* *(czytelny podpis Donatora)* **

** ***wymagane jest notarialne poświadczenie podpisu Donatora***

*/oświadczenie należy sporządzić w dwóch egzemplarzach, po jednym dla Donatora oraz dla Uniwersytetu Opolskiego, a dodatkowo dla każdej z osób upoważnionych do poinformowania Uniwersytetu Opolskiego o śmierci Donatora/*