

Alla Spett.le
Azienda Sanitaria Locale A.S.L. NO
Viale Roma, 7
28100 Novara (No)

Pec: protocollogenerale@pec.asl.novara.it

Oggetto: **Disposizione del proprio corpo e dei tessuti *post mortem* a fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica**

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____ CAP _____
telefono _____ cellulare _____
e - mail _____ documento _____

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 e 22 dicembre 2017 n. 219

DISPONGO QUANTO SEGUE

- Esprimo il consenso all'utilizzo del mio corpo e dei tessuti *post mortem* 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) 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, le spese relative alla tumulazione, nonché le spese per l'eventuale cremazione, sono a carico del centro di riferimento che prende in consegna il corpo.

NOMINA FIDUCIARIO

Nomino mio rappresentante fiduciario ai sensi della legge 10/2020, il/la signor/a:

Nominativo _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____ CAP _____
telefono _____ cellulare _____
e - mail _____ documento _____

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 che accerta il decesso, nonché di occuparsi di tenere le relazioni con il medico, con le strutture sanitarie e con il centro di riferimento che prenderà in consegna il corpo.

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 _____

e - mail _____ 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*)

Al fiduciario e al sostituto verrà rilasciata una copia della presente disposizione.

L'incarico del fiduciario, nonché del suo sostituto, può essere revocato dal sottoscritto 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 sottoscritto.

Per consentire al Ministero della Salute l'invio di eventuali comunicazioni relative alla presente disposizione, il/la sottoscritto/a indica il seguente **recapito di posta elettronica**:

e - mail per comunicazioni: _____

Data _____

In fede _____

Il/la sottoscritto/a **dichiara di consegnare copia della presente disposizione all'ASL di Novara per la conservazione** presso il Servizio Medicina Legale e la **trasmissione al Ministero della Salute**, ai sensi della normativa vigente.

Data _____

In fede _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (PRIVACY)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a che i dati personali raccolti con il presente modulo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità connesse e strumentali alla gestione della disposizione del proprio corpo e dei tessuti post mortem a fini di studio, formazione e ricerca scientifica, nonché per gli adempimenti di legge correlati.

Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza e tutela della riservatezza.

I dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità sopra indicate e potranno essere comunicati soltanto ai soggetti e alle istituzioni espressamente autorizzati dalla normativa vigente.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa e **presta il proprio consenso** al trattamento dei dati personali come sopra descritto.

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

Data _____

In fede _____

Allego il mio documento di identità in corso di validità (carta identità/passaporto) _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____
e valido sino al _____