

# DECLARACIÓN JURADA

En la ciudad de ........................................................... República de Chile, con fecha ...........................................

comparece ante mí don / doña .................................................................................................................................

Cédula Nacional Identidad N°..........................................., fecha de nacimiento .........../........../……….., con domicilio en............................................................................. comuna de ................................................, expone:

Que por su palabra de honor y bajo fe de juramento, viene a formular la siguiente declaración, que es fiel expresión de la verdad:

DECLARO QUE: Libre y espontáneamente, hago donación de mi cuerpo al Departamento de Anatomía y Medicina Legal de la Facultad de Medicina Universidad de Chile para que después de mí fallecimiento se disponga de él y se utilice en docencia e investigación científica según las normativas que el mismo Departamento establezca.

Formulo la presente declaración escrita conforme lo permite el Artículo N° 146 del Código Sanitario.

**FIRMO ANTE MI**

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

**FIRMA DONANTE NOTARIO PÚBLICO**

|  |  |
| --- | --- |
| CONTACTO DONANTE :Fono/celular donante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fono/ celular familiar o responsable legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail de contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FONO DE CONTACTO PROGRAMA DONANTES :Encargado de Programa de Donantes**+56 95092 0696**Secretaria Anatomía: **22 9786981 (Of.)** |