



DECLARACIÓN JURADA

YO.....

DOMICILIADO EN.....

C.I.N°.....

ESTADO CIVIL

EDAD.....

DECLARO BAJO JURAMENTO LIBRE Y ESPONTÁNEAMENTE QUE EN MI CALIDAD DE..... (CÓNYUGE, PADRE, MADRE, HIJO) HAGO DONACIÓN A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE LOS ORGANOS Y TEJIDOS DEL CUERPO DE MI (CÓNYUGE, PADRE, MADRE, HIJO), DON(ÑA).....

C.I.N°.....

CON ESTUDIOS (BÁSICO, MEDIO, SECUNDARIO, UNIVERSITARIO).....

DE PROFESIÓN /OCUPACIÓN.....,

PARA QUE SE DISPONGA DE ELLOS, SE UTILICEN EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y PARA DOCENCIA UNIVERSITARIA.

Declaro que con la donación aquí señalada cumpro con la voluntad expresa que me manifestara en vida don (ña)..... y a lo cual, yo no me opongo.

EN CONSECUENCIA, AUTORIZO SU UTILIZACION PARA LOS ESTIMADOS FINES

SANTIAGO.....DE.....DE.....

FIRMÓ ANTE MÍ

Con esta fecha autorizo la firma de Don (ña).....

Carnet de Identidad N° del Gabinete Nacional.

Santiago de.....de.....