

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco	MODULO AZIENDALE SC MEDICINA LEGALE	IDR_01 Rev. 00 del 30.09.2026 rif. IDP_ASST_MEDLEG_11 Pag. 1 di 2
	DISPOSIZIONE DEL PROPRIO CORPO E DEI TESSUTI POST MORTEM A FINI DI STUDIO, DI FORMAZIONE E DI RICERCA SCIENTIFICA	

**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 _____
 email _____
 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.

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 _____
 email _____
 documento _____
 codice fiscale _____

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco	MODULO AZIENDALE SC MEDICINA LEGALE	IDR_01 Rev. 00 del 30.09.2026 rif. IDP_ASST_MEDLEG_11 Pag. 2 di 2
	DISPOSIZIONE DEL PROPRIO CORPO E DEI TESSUTI POST MORTEM A FINI DI STUDIO, DI FORMAZIONE E DI RICERCA SCIENTIFICA	

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 _____
 email _____
 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.

Data _____ In fede _____