

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana	ALLEGATO 1		
	Modulo di consegna della DPM		Pagina 1 di 4

- MODELLO DI DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER LA DISPOSIZIONE DEL PROPRIO CORPO E DEI TESSUTI POST MORTEM A FINI DI STUDIO, DI FORMAZIONE E DI RICERCA SCIENTIFICA – ex Legge 10/2020¹

Sez. 1 – Dati del disponente

Io sottoscritto/a
Cognome
Nome

nato/a
il
a
prov.

Regione
Stato
Codice
Fiscale

Residente in
Via
Civico n.

a
prov.
CAP

Regione
Stato

Cellulare

Indirizzo e-mail

Documento di riconoscimento
numero

Valido fino al

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, 22 dicembre 2017 n. 219 e Decr. Min Salute del 18 luglio 2024

DISPONGO QUANTO SEGUE

- ☐
Esprimo il consenso all'utilizzo del mio corpo dopo la morte per fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica;
- ☐
Esprimo il consenso all'utilizzo dei tessuti dopo la morte per fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica;
- ☐
Revoco il consenso all'utilizzo del mio corpo e dei tessuti dopo la morte per fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica, presentato con precedente DPM redatta in data _____ e consegnata alla ASST Melegnano Martesana _____

Dispongo che il mio corpo, terminato l'utilizzo per le finalità di cui sopra sia:

- ☐
Inumato/tumulato²
- ☐
Cremato³

¹ La presente disposizione deve essere consegnata all'Azienda Sanitaria di appartenenza (DM 18 luglio 2024) che provvederà ad inserirla nella banca dati nazionale.

Per essere valida deve essere sottoscritta in uno dei seguenti modi:

- Atto (pubblico o scrittura privata) sottoscritto personalmente dal notaio;
- Atto (scrittura privata semplice) sottoscritto personalmente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza;
- Atto (scrittura privata semplice) sottoscritto personalmente presso le strutture sanitarie autorizzate.

²Art. 6 comma 1 (...) i Centri di riferimento sono tenuti a restituire il corpo alla famiglia in condizioni dignitose entro 12 mesi (...) Art. 6 comma 2 Legge 10/2020 Gli oneri per il rasporto dal momento del decesso fino alla restituzione, le spese relative alla tumulazione nonché per l'eventuale cremazione sono a carico dei Centri di Riferimento.

³Art. 6 comma 2 Legge 10/2020 (...) le spese relative alla tumulazione nonché per l'eventuale cremazione sono a carico dei Centri di Riferimento.

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana	ALLEGATO 1	
	Modulo di consegna della DPM	
		Pagina 2 di 4

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; artt. 1 comma 1 lett. a) del DM 18 luglio 2024) 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.

Data _____

In fede (il disponente) _____

Sez. 2 –1) Dati dell’esercente la responsabilità genitoriale se il disponente è soggetto minore ⁴									
Cognome _____							Nome _____		
_____ nato/a_ il _____ a _____							prov. _____		
_____ Regione _____			Stato _____			Codice _____		Fiscale _____	

residente	in	Via	_____				Civico	n.	_____ a
_____			prov.	_____	CAP	_____	Regione	_____	Stato _____

Documento _____			di _____		riconoscimento _____				
numero _____									
Valido fino al _____									
Dichiarazione di consenso alla disposizione									
Data _____					Firma dell’esercente _____				

Sez. 2 –2) Dati dell’esercente la responsabilità genitoriale se il disponente è soggetto minore ²									
Cognome _____							Nome _____		
_____ nato/a_ il _____ a _____							prov. _____		
_____ Regione _____			Stato _____			Codice _____		Fiscale _____	

residente	in	Via	_____				Civico	n.	_____ a
_____			prov.	_____	CAP	_____	Regione	_____	Stato _____

Documento _____			di _____		riconoscimento _____				
numero _____									
Valido fino al _____									
Dichiarazione di consenso alla disposizione									
Data _____					Firma dell’esercente _____				

⁴ Dichiarazione di consenso da parte di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale, ovvero dei tutori, o dei soggetti affidatari ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, nel caso il disponente sia soggetto minore d’età.

**ALLEGATO 1**

Modulo di consegna della DPM

Pagina 3 di 4

Sez. 2-3 – dati del minore

Cognome _____ Nome _____
 _____ nato/a il _____ a _____ prov. _____
 _____ Regione _____ Stato _____ codice fiscale _____

 residente in Via _____ Civico n. _____ a _____
 _____ prov. _____ CAP _____ Regione _____ Stato _____

 documento identità _____ numero _____ Valido fino al _____

Sez. 3 – Nomina del fiduciario⁵ (obbligatoria)

Nomino come mio rappresentante fiduciario:

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
 a _____ prov. _____ Regione _____
 Stato _____ Codice _____ Fiscale _____

 residente in Via _____ Civico n. _____ a _____
 prov. _____ CAP _____ Regione _____ Stato _____

 Cellulare _____ Indirizzo e-mail _____
 Documento di riconoscimento _____ numero _____ Valido fino al _____

Dichiaro di accettare la nomina

Data _____
 Per accettazione (firma fiduciario) _____

Sez. 4 – Nomina del sostituto del fiduciario³ (facoltativa)

Nel caso in cui il fiduciario 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:

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
 a _____ prov. _____ Regione _____
 Stato _____ Codice _____ Fiscale _____

 residente in Via _____ Civico n. _____ a _____
 prov. _____ CAP _____ Regione _____ Stato _____

⁵ Si tratta di persona di fiducia, che deve essere maggiorenne e capace di intendere e di volere. Non deve necessariamente trattarsi di un familiare. Al fiduciario e al sostituto verrà rilasciata una copia del presente consenso.

**ALLEGATO 1**

Modulo di consegna della DPM

Pagina 4 di 4

Cellulare _____ Indirizzo e-mail _____

Documento di riconoscimento _____ numero _____ Valido fino al
_____**Dichiaro di accettare la nomina**

Data _____

Per accettazione (firma fiduciario) _____