

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana	Modulo		
	Modulo di consegna della DPM		Pagina 1 di 3

- 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

DISPONENTE MINORENNE

Sez. 1 – 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. 2 –1) Dati dell'esercente la responsabilità genitoriale²	
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 _____

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:

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

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana	Modulo		
	Modulo di consegna della DPM		Pagina 2 di 3

Sez. 2 –2) Dati dell'esercente la responsabilità genitoriale 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 _____

Nel pieno possesso delle nostre 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

DISPONIAMO QUANTO SEGUE

- ☐ Esprimiamo il consenso all'utilizzo del corpo e dei tessuti del minore dopo la morte per fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica
- ☐ Revochiamo il consenso all'utilizzo del corpo e dei tessuti del minore dopo la morte per fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica, presentato con precedente DPM redatto in data _____ e consegnato alla _____ ASST/ASL _____ di _____

Disponiamo che il corpo del minore, terminato l'utilizzo per le finalità di cui sopra sia

- ☐ Inumato/tumulato
- ☐ Cremato

Siamo 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; art. 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 (l'esercente la responsabilità genitoriale) _____

² 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.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana	Modulo		
	Modulo di consegna della DPM		Pagina 3 di 3

Sez. 3 – Nomina del fiduciario³ (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 _____
 Cellulare _____ Indirizzo e-mail _____
 documento di riconoscimento _____ numero _____ Valido fino al _____

Dichiaro di accettare la nomina

Data _____

Per accettazione (firma fiduciario) _____

³ 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.