



REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY



INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE CÉLULAS, TEJIDOS Y ÓRGANOS

REGISTRO NACIONAL DE DONANTES

EXPRESIÓN DE VOLUNTAD

IMPORTANTE: Complete el siguiente formulario en **letra imprenta, clara y colocando una(1) letra o espacio en cada cuadro** lo que facilitará la lectura e interpretación de la información. Recuerde que se trata de un documento de carácter legal. A este formulario debe adjuntarse una fotocopia del documento de identidad de la persona que expresa su voluntad y de los testigos en caso de ser necesarios.

FECHA / / DEPARTAMENTO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD CEDULA PASAPORTE OTRO:

NUMERO PAIS URUGUAY OTRO

1er NOMBRE

2do NOMBRE

1er APELLIDO

2do APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO / / SEXO M F

De acuerdo a la Ley Nº18.968, en mi calidad de mayor de edad y en pleno uso de mis facultades:

NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO DE DONACIÓN
 OTORGO MI CONSENTIMIENTO DE DONACIÓN TOTAL PARCIAL
ESPECIFICAR
.....
.....
.....

* Si la persona que expresa su voluntad no supiere o pudiere firmar deberán completarse los datos de dos(2) testigos en el reverso de este formulario. También deberán adjuntarse las fotocopias de sus documentos de identidad.

FUNCIÓNARIO

INSTITUCIÓN ()

