



REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



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



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



REGISTRO NACIONAL DE DONANTES FORMULARIO DE EXPRESIÓN DE VOLUNTAD DE DONACIÓN

IMPORTANTE: Complete el siguiente formulario en **letra imprenta, clara y colocando una(1) letra en cada cuadro**. Eso facilitará la lectura e interpretación de la información. Recuerde que esto se trata de un documento de carácter legal. A este formulario deberá **adjuntarse una fotocopia del documento de identidad** que acredite la identidad de la persona que expresa su voluntad.

FECHA / / DEPARTAMENTO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD CEDULA PASAPORTE DNI OTRO

NUMERO PAIS DE ORIGEN
En caso de tratarse de una cédula de identidad uruguaya debe incluirse el dígito verificador.

1er NOMBRE

2do NOMBRE

1er APELLIDO

2do APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO / / SEXO M F

De acuerdo a la Ley N°18.968, 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:

.....
.....
.....

.....
FIRMA*

* 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

INSTITUCION ()
CODIGO NOMBRE

.....
FIRMA FUNCIONARIO

SELLO INSTITUCION