# DECLARAÇÃO

***(DOAÇÃO DO CORPO)***

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nascido a\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, na freguesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, distrito de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emitido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, pelo Arquivo de Identificação de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (código postal)\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro ser minha livre vontade oferecer o meu corpo ao Instituto de Anatomia Normal da Faculdade de Medicina de Coimbra para fins de ensino e de investigação científica, imediatamente após a morte. (Conforme Decreto-Lei nº 274/99 de 22 de Julho).

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura reconhecida pelo Notário.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_