

**IZJAVA** (Molimo ispuniti ŠTAMPANIM SLOVIMA.)

Ime i prezime \_\_\_\_\_ Spol \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_

Broj telefona \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_

OIB/ Broj zdravstvenog osiguranja \_\_\_\_\_

**JA, NIŽE POTPISANI KAO DAROVATELJ, OVIM ISKAZUJEM ŽELJU DA MOJE TIJELO NAKON SMRTI BUDE DONIRANO ZAVODU ZA ANATOMIJU, MEDICINSKOG FAKULTETA SVEUČILIŠTA U RIJECI, U SVRHU EDUKACIJE STUDENATA I LIJEČNIKA. ČLANOVI MOJE OBITELJI ILI SKRBNICI UPOZNATI SU SA MOJOM ŽELJOM I NE PROTIVE JOJ SE.**

Ovlašćujem Zavod za anatomiju da raspolaže mojim ostacima po završetku anatomske edukacije, na način:

\_\_\_\_\_ 1. Zavod za anatomiju će kremirati moje ostatke i vratiti moje kremirane ostatke mojoj obitelji / skrbnicima. Troškovi kremiranja i povratak kremiranih ostataka odgovornost su Zavoda za anatomiju.

\_\_\_\_\_ 2. Zavod za anatomiju će kremirati moje posmrtno ostatke i položiti ih na prostor groblja Drenova koji dijele drugi članovi Programa donacije tijela. Troškovi kremiranja i polaganja kremiranih ostataka bit će odgovornost Zavoda za anatomiju.

**PODACI O SVJEDOKU**

Ime i prezime \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_

Srodnost sa darovateljem \_\_\_\_\_

**POTPISI**

Darovatelj \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Svjedok \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

---

Zavod za anatomiju potvrđuje da je pohranio kopiju Izjave i da je Izjavu zaveo u Knjigu darovatelja tijela pod brojem \_\_\_\_\_ .

U Rijeci, \_\_\_\_\_

Za Zavod: \_\_\_\_\_