

  Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema	DICHIARAZIONE DI DISPOSIZIONE DEL PROPRIO CORPO E DEI TESSUTI <i>POST MORTEM</i> (DPM) A FINI DI STUDIO, DI FORMAZIONE E DI RICERCA SCIENTIFICA – <i>EX L. 10/2020</i> ¹	Cod: Pr.98-Mod.1 Rev. 0
		Data: 29-05-2026 Pagina 1 di 3
Largo Ugo Dossena 2, 26013 Crema (Cr.)		

Sezione. 1 – Dati del disponente (in caso di minorenne, compilare anche la sezione 2)	
Io sottoscritto/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 _____	

Nel pieno possesso delle mie 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

DISPONGO QUANTO SEGUE

- ☐ **Esprimo il consenso** all'utilizzo del mio corpo e dei tessuti dopo la morte per fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica
- ☐ **Revoco il consenso** all'utilizzo del mio corpo e dei tessuti dopo la morte per fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica, presentato con precedente DPM redatta in data _____ e consegnata alla ASST/ASL di _____

Dispongo che il mio corpo, terminato l'utilizzo per le finalità di cui sopra sia

- ☐ **Inumato/tumulato**
- ☐ **Cremato**

Sono 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 (il disponente/il rappresentante legale) _____

 Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema	DICHIARAZIONE DI DISPOSIZIONE DEL PROPRIO CORPO E DEI TESSUTI <i>POST MORTEM</i> (DPM) A FINI DI STUDIO, DI FORMAZIONE E DI RICERCA SCIENTIFICA – EX L. 10/2020¹	Cod: Pr.98-Mod.1 Rev. 0
Largo Ugo Dossena 2, 26013 Crema (Cr.)		Data: 29-05-2026 Pagina 2 di 3

Sez. 2.1 - Dati dell'esercente la responsabilità genitoriale / altro rappresentante legale¹	
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 _____

Sez. 2.2 - Dati dell'esercente la responsabilità genitoriale / altro rappresentante legale²	
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 _____

Sez. 2.3 – 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 _____	

¹ Dichiarazione di consenso da parte di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale, ovvero dei tutori, o dei soggetti affidatari ex l. 184/1983, nel caso il disponente sia soggetto minore d'età.

  Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema	DICHIARAZIONE DI DISPOSIZIONE DEL PROPRIO CORPO E DEI TESSUTI <i>POST MORTEM</i> (DPM) A FINI DI STUDIO, DI FORMAZIONE E DI RICERCA SCIENTIFICA – EX L. 10/2020¹	Cod: Pr.98-Mod.1 Rev. 0
Largo Ugo Dossena 2, 26013 Crema (Cr.)		Data: 29-05-2026 Pagina 3 di 3

Sez. 3 – Nomina del fiduciario² (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 ☐ revocare 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 ☐ revocare la nomina Data _____ Per accettazione (firma fiduciario) _____	

² 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.