



DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ domiciliat în  
jud. \_\_\_\_\_, orașul \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl \_\_\_\_\_,  
sc \_\_\_\_\_, et \_\_\_\_\_, ap \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, posesor al actului de identitate \_\_\_\_\_  
seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat la data de \_\_\_\_\_, de către \_\_\_\_\_  
declar că sunt / nu sunt de acord cu următoarele :

1. distrugerea țesuturilor care rămân după orientarea macroscopică a pieselor chirurgicale /  
biopsiilor (după 3 luni de la definitivarea diagnosticului histopatologic)

DA (semnătura) \_\_\_\_\_

NU și în acest caz mă oblig să distrug țesuturile rămase prin incinerare la crematoriul uman  
pentru a nu aduce prejudicii sănătății publice; în plus, mă oblig să aduc o adeverință scrisă  
de la crematoriul uman în acest sens

(semnătura) \_\_\_\_\_

2. folosirea unor fragmente tisulare / organe în scop didactic (piese de muzeu) cu condiția  
ca această situație să nu prejudicieze diagnosticul histopatologic și să se păstreze  
secretul identității mele

DA (semnătura) \_\_\_\_\_

NU(semnătura) \_\_\_\_\_

3. folosirea în studii medicale a produselor biologice care îmi sunt recoltate

DA (semnătura) \_\_\_\_\_

NU(semnătura) \_\_\_\_\_

4. folosirea în scop didactic / științific al imaginilor fotografice a țesuturilor sau organelor  
recoltate / examinate, cu condiția păstrării secretului identității mele

DA (semnătura) \_\_\_\_\_

NU(semnătura) \_\_\_\_\_

Data