

**DOCUMENTO DE DONACIÓN DE TEJIDO CEREBRAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO**



Yo,.....(nombre y apellidos),
dono libremente mi tejido cerebral y permito el acceso a mi Historial Clínico
al Banco de Tejidos Neurológicos del INCYL, para que sea utilizado tras mi
fallecimiento en proyectos de investigación supervisados por dicha Unidad.

Fecha: _____ de _____ de _____

Firma del donante.

Firma del representante del BTN-INCYL

Se entrega una copia de este documento