



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΝΑΤΣΗΣ



Τ.Θ. 300, Τ.Κ. 541 24 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΤΗΛ. 2310 999681, 2310 999305, FAX: 2310 999334
<http://anatomylab.web.auth.gr>, e-mail: anatomy@med.auth.gr

Αρ. Πρωτοκόλλου.....

Θεσσαλονίκη.....

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η (ονοματεπώνυμο).....του
(όνομα πατρός).....και της (όνομα μητρός)
.....γεννήθηκα στις.....
πόλη.....οδός.....
.....αρ.....Τ.Κ..... αριθμός τηλεφώνου
.....με αριθμό ταυτότητας.....
που εκδόθηκε στις..... στο αστυνομικό τμήμα.....

Έχοντας υπόψη τις διατάξεις του Ν.821\78 αριθμ.13 παρ.1 και την απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών, σχετικά με την δωρεά μετά θάνατο του σώματος μου για Ιατρικούς σκοπούς (αριθμ.Πρωτ.Α25989\14-12-1978).

Δηλώνω υπεύθυνα ότι, δωρίζω μετά το θάνατο μου το σώμα μου για Ιατρικούς σκοπούς στο Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
Τηλέφωνα: 2310\ 999305 – 999347 – 999337-999681 6972452358
Fax 2310\ 999334

Πόλη.....Ημερομηνία..... Ωρα.....

Υπογραφή δηλούντος

Υπογραφή μάρτυρα

Ονοματεπώνυμο

Ονοματεπώνυμο, Αριθμ. Αστ. ταυτότητας

Θεώρηση από την Αστυνομία για το γνήσιο των υπογραφών