

RUUMIINLUOVUTUSKIRJA

Tampereen yliopiston
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunnalle

Täten minä allekirjoittanut _____

_____ arvo ja ammatti _____ henkilötunnus ja syntymäpaikka
kirjoilla _____ seurakunnassa
siviilirekisterissä

pyydän, että kuoltuani ruumiini luovutetaan Tampereen yliopiston lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunnan käytettäväksi lääketieteelliseen opetukseen ja tutkimukseen sekä hyväksyn, että minut tuhkaudataan. Kuolemastani tulee viipymättä (kahden vuorokauden kuluessa) ilmoittaa numeroon **050 3182600**.

_____ aika ja paikka _____ omakätinen nimikirjoitus
_____ lähiosoite _____ nimi (tekstaten)
_____ postinumero ja postitoimipaikka _____ puh.

Vartavasten kutsuttuina ja yhtäaikaan läsnä olevina todistamme täten, että

_____ luovuttajan nimi
täysin oikeustoimikelpoisena pyytää vapaasta tahdostaan ruumiinsa luovutettavaksi Tampereen yliopiston lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunnalle ja hyväksyy sen, että hänet tullaan tuhkauduttamaan ja että hän on tämän asiakirjan omakätisesti allekirjoittanut.

_____ aika ja paikka
_____ nimi _____ nimi
_____ selvennös _____ selvennös
_____ arvo tai ammatti _____ arvo tai ammatti
_____ asuinpaikka _____ asuinpaikka