

مدارک مورد نیاز جهت اهدای جسد

- دریافت دو فرم (الف و ب) اهدای جسد از گروه علوم تشریحی و بیولوژی سلولی دانشکده پزشکی مشهد
- تکمیل دو فرم (الف و ب) به صورت تایپ شده
- پرینت دو فرم (الف و ب) هر کدام در ۴ نسخه
- گواهی امضا محضری از اعضای درجه یک خانواده در فرم ب (در صورت تاهل همسر و فرزندان بالای ۱۸ سال و در صورت مجرد بودن پدر و مادر و خواهران و برادران)
- کپی از تمامی صفحات شناسنامه یک سری
- کپی از کارت ملی پشت و رو یک سری
- ۸ قطعه عکس پرسنلی جهت الصاق به فرم ها
- تحویل فرم ها به دفتر گروه علوم تشریحی و بیولوژی سلولی
- امضا از ریاست محترم دانشکده پزشکی و مدیر محترم گروه علوم تشریحی

تاریخ :
شماره :
پیوست :



متولد سال:	فرزند:	اینجانب:
کد ملی:	محل صدور:	دارنده شماره شناسنامه:
وضعیت تأهل:		شماره تماس (همراه و خط ثابت):

در کمال صحت و سلامت جسمی و روانی در جهت اعتلای دانش بشری و خدمت به عرصه علم و فرهنگ این مرز و بوم و پرورش نسلی داناتر و تواناتر پس از عمری تلاش در راستای خدمت به هم میهنان و در جهت سُنّت حسنه جاریه، جسم و کالبد خود را پس از مرگ که حق است به بخش تشریح دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد اهداء می نمایم تا جسد بنده در سالن تشریح برای امور آموزشی دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد. از بازمانده/ بازماندگان و وارث/ وارثان خود نیز تقاضامندم در جهت دستیابی این خواسته ام کمال همکاری را با مسئولین دانشکده پزشکی بنمایند.

مسئولیت اجرای این خواسته بر عهده دانشکده پزشکی و وصی بنده می باشد که در وصیت نامه پیوست مشخص گردیده است.

نام و نام خانوادگی اهدا کننده

امضا و اثر انگشت

تاریخ

مراتب فوق در حضور رئیس محترم دانشکده پزشکی و مدیرمحترم گروه علوم تشریحی و بیولوژی سلولی تکمیل و جهت ثبت و پیگیری سایر مراحل، فرم تکمیل شده در چهارنسخه تهیه گردید که دو نسخه از این وصیت نامه نزد اهداء کننده، یک نسخه از وصیت نامه در بایگانی دانشکده پزشکی و یک نسخه نیز نزد مدیر گروه علوم شریحی و بیولوژی سلولی دانشکده پزشکی محفوظ است. از خداوند متعال طول عمر با عزت و سلامتی جسم و روان در دنیا و آخرت و آمرزش و غفران در آخرت برای اهداء کننده مسئلت داریم.

مدیر گروه علوم تشریحی و بیولوژی سلولی رئیس دانشکده پزشکی شاهد

امضا امضا امضا

فرم ب

باسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Mashhad University of
Medical Sciences

تاریخ :

شماره:

پیوست:

بنا بر وصیت فرزند به شماره شناسنامه صادره از متولد هجری شمسی در رابطه

با اهداء جسد خویش به دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد (پس از انجام مراحل تغسیل و تکفین)، ورثه مرحوم در کمال صحت و سلامت جسمی و روانی جهت عمل به وصیت متوفی و نیز در جهت اعتلای دانش بشری و خدمت به عرصه علم و فرهنگ این مرز و بوم موافقت تمام و کمال خود را اعلام و تعهد نموده که پس از انتقال جسد به دانشکده پزشکی حق هیچگونه اعتراضی را ندارند و دانشکده پزشکی نیز متعهد می گردد پس از انجام تشریح و اتمام کار، طبق موازین شرعی جسد متوفی را تدفین نماید.

نامه فوق الذکر در حضور ریاست محترم دانشکده پزشکی و ورثه مرحوم تنظیم و جهت پیگیری های لازم به گروه علوم تشریحی و بیولوژی سلولی و معاون محترم اداری- مالی دانشکده ارجاع می شود. این فرم در سه نسخه تنظیم شده که یک نسخه از آن نزد ورثه ، یک نسخه در بایگانی گروه و یک نسخه نزد مسئول امور اداری دانشکده محفوظ است. از خداوند متعال طول عمر با عزت برای ورثه و آمرزش و غفران در آخرت برای متوفی مسئلت داریم.

مشخصات همسر و فرزندان (در صورت تاهل) / والدین و خواهر و برادر (در صورت تجرد):

ردیف نام و نام خانوادگی نسبت خانوادگی تاریخ تولد شماره شناسنامه صادره از کد ملی

۱

۲

۳

۴

۵

رئیس دانشکده پزشکی

معاونت اداری و مالی دانشکده پزشکی

مدیر گروه علوم تشریحی

و بیولوژی سلولی

نشانی: مشهد مقدس-بلوار وکیل آباد-پردیس دانشگاه -دانشکده پزشکی

پست الکترونیک: EbrahimzadehBA@mums.ac.ir