



DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Io sottoscritto/a (cognome) _____
 (nome) _____ sesso _____
 nato/a il _____ a _____ Prov. _____
 Nazione _____ codice fiscale _____
 residente a _____ Prov. _____
 in via _____ cap. _____
 AUSL di appartenenza _____

dichiaro la mia volontà alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto.

SI Firma _____

NO Firma _____

Data dichiarazione _____

Documento di identità _____
 n. _____
 rilasciato da _____
 il _____

RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE (AZ. AUSL/AZL AZ. OSPEDALIERA E MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

Timbro e firma _____
 Cognome _____
 Nome _____
 Data _____

SOGGETTO DESIGNATO ALLA CONSEGNA DEL PRESENTE MODULO

Associazione _____

Cognome _____
 Nome _____
 Documento di identità _____ n. _____
 Rilasciato da _____ il _____
 Firma _____

Acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 per gli scopi e le finalità previste dalla legge 91/99 ("Disposizione in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti", pubblicato in G.U. 15 aprile 1999 n.87) e dal D.M. 8 aprile 2000 ("Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, attuativo delle prescrizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto", pubblicato in G.U. 15 aprile 2000 n. 89).

FIRMA _____