



**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/ASL  
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 \_\_\_\_\_