

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. _____
tel/cell _____

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

<div>SI _____</div> <div>NO _____</div> <div>Data dichiarazione _____</div>	<div>Documento di identità _____</div> <div>n. _____</div> <div>rilasciato da _____</div> <div>il _____</div>
---	---

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 _____

Modalità per il ritiro della dichiarazione:

- ☐ presso lo Sportello Amministrativo del Distretto di riferimento
- ☐ a mezzo raccomandata postale

RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTANTE (ASL – Azienda ospedaliera – Medico di Medicina Generale – COMUNE)

Cognome e nome dell'operatore _____

Timbro e firma _____

Data _____