



Ministero della Sanità

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 _____

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

Timbro e firma _____

Cognome _____

Nome _____

Data _____

Data dichiarazione _____

Documento di identità _____

n. _____

rilasciato da _____

il _____

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 _____