



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 _____

Accosento 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 _____