

## DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Io sottoscritto/a (cognome)

(nome)  sesso

nato/a il  a  Prov.

Nazione  C.F.

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.

SI

NO

Data dichiarazione

Documento di identità N.

rilasciato da

il

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 \_\_\_\_\_