



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.	
<input type="checkbox"/> SI	Firma _____
<input type="checkbox"/> 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 PRESENTI MODULO	
<input type="checkbox"/> Associazione _____	
Cognome _____	
Nome _____	
Documento di identità _____ n. _____	
Rilasciato da _____ il _____	
Firma _____	

Accconsento 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 _____