



Ministero della Sanità

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Io sottoscritto/a (cognome) _____	
(nome) _____	sesto _____
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 _____	RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE (AZ. AUSL/AZL AZ. OSPEDALIERA E MEDICO DI MEDICINA GENERALE) Timbro e firma _____ Cognome _____ Nome _____ Data _____
<input type="checkbox"/> NO Firma _____	
Data dichiarazione _____	
Documento di identità _____	
n. _____	SOGGETTO DESIGNATO ALLA CONSEGNA DEL PRESENTI MODULO <input type="checkbox"/> Associazione _____ Cognome _____ Nome _____ Documento di identità _____ n. _____ Rilasciato da _____ il _____ Firma _____
rilasciato da _____	
il _____	

Accordo 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 del 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 e scopo di trapianto", pubblicato in G.U. 15 aprile 2000 n. 89).

FIRMA _____