




## DICHIARAZIONE DI VOLONTA' 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. \_\_\_\_\_

**DICHIARO**  
 la mia volontà alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto

	Documento di identità _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____
Firma _____ Data dichiarazione _____	

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 91/89 ("Disposizione in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti", pubblicato in G.U. 16 aprile 1989 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 a scopo di trapianto", pubblicato in G.U. 15 aprile 2000 n. 89).

FIRMA \_\_\_\_\_

- Modalità per il ritiro dell'attestazione 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 \_\_\_\_\_