



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.

Azienda USSL di appartenenza

dichiaro di voler donare i miei organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto.

SÌ Firma

NO Firma

RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE (AZ. USL, COMUNE, AZ. OSPEDALIERA E MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

timbro

Firma

Cognome

Nome

Data

Data dichiarazione

Documento di identità

n.

rilasciato da

il

DELEGATO ALLA CONSEGNA

Associazione

Cognome

Nome

Documento di identità n.

Rilasciato da il

Firma

Acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nel rispetto del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 denominato "Codice della Privacy", per gli scopi e la finalità previste dalla legge 91/99 in materia di prelievi e trapianti di organi e dal DM 8 aprile 2000.

Firma