



Ministero della Salute

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

SI Firma _____

NO Firma _____

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

Timbro e 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 della legge 675/96, per gli scopi e le finalità previste dalla legge 91/99 in materia di prelievi e trapianti di organi e dal DM 8 aprile 2000.

Firma _____