



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 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 dalle legge 91/99 in materia di prelievi e trapianti di organi e dal DM 8 aprile 2000.

Firma \_\_\_\_\_