



Ministero della Sanità

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Io sottoscritto/a (cognome) _____	
(nome) _____	sessu _____
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.	
<input type="checkbox"/> SI	Firma _____
<input type="checkbox"/> NO	Firma _____
Data dichiarazione _____	
Documento di identità _____	
n. _____	
rilasciato da _____	
il _____	

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

Timbro e firma _____

Cognome _____

Nome _____

Data _____

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 _____