



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

SI Firma \_\_\_\_\_

NO Firma \_\_\_\_\_

RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE (AZ. AUSL/ASL  
AZ. OSPEDALIERA E MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

Timbro e firma \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Data dichiarazione \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Associazione \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Acconsento 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 91/99 ("Disposizione in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti", pubblicato in G.U. 15 aprile 1999 n.87) e dal 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 \_\_\_\_\_



*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 la mia volontà alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopi di trapianto.

SI Firma \_\_\_\_\_

NO Firma \_\_\_\_\_

Data dichiarazione \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE (AZ. AUSL/AZL  
AZ. OSPEDALIERA E MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

Timbro e firma \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

**NON COMPILARE**

Associazione \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

I documenti accettati sono:  
- Carta d'Identità  
- Patente di guida  
- Passaporto

**Ricordarsi di  
firmare anche  
qui**

Acconsentito  
("Disposizioni  
in materia  
di organi e  
tessuti")

emessa nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 per gli scopi e le finalità previste dalla legge 91/09  
e tessuti", pubblicato in G.U. 15 aprile 1999 n.87) e dal D.M. 8 aprile 2000 ("Disposizioni  
relativo delle prescrizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione  
di organi e tessuti")

FIRMA \_\_\_\_\_