

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI A SCOPO DI TRAPIANTO TERAPEUTICO

Io sottoscritto/a _____ sesso _____
Nato/a il _____ a _____ prov.(_____)
Nazione _____ codice fiscale _____
Residente a _____ prov.(_____)
In via _____ n° _____
ASL di residenza _____
Dichiaro di voler donare i miei organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico.
 SI firma _____ data _____
 NO firma _____ data _____
documento di identità _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____

RISERVATA ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE DELL' A.U.S.L. RIETI

Si attesta che in data odierna il/la sig./sig.ra _____

ha rilasciato la dichiarazione di volontà sulla donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico (art. 23, comma 3, legge n. 91/99)

Data _____

timbro e firma

Acconsento alla raccolta ed al trattamento dei miei dati personali nel rispetto della D.Lgs 196/03, per gli scopi e le finalità previste dalla legge 91/99 in materia di prelievi di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico e dal D.M. 8 aprile 2000.

Data _____

Firma _____