



## DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ IN MERITO 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 \_\_\_\_\_

ASL 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**  
(ASL, AZ. OSPEDALIERA, MEDICO DI MEDICINA GENERALE, **COMUNE**)

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 \_\_\_\_\_