



CONFERENZA dei SINDACI



Regione
Lombardia

ASL Monza e Brianza

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' 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. _____

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

SI

Firma _____

Data dichiarazione _____

Documento di identità _____

n. _____

rilasciato da _____

il _____

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 _____

Modalità per il ritiro dell'attestazione della dichiarazione:

- presso lo sportello amministrativo del Distretto di riferimento
- a mezzo raccomandata postale

RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTANTE (ASL - Azienda Ospedaliera - Medico di Medicina Generale - COMUNE)

Cognome e nome dell'operatore _____

Timbro e firma _____

Data _____