



Ministero della Salute



Regione Lombardia

ASL Bergamo

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 _____

Data dichiarazione _____

Documento di identità _____

n. _____

rilasciato da _____

il _____

RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE
(ASL, AZ. OSPEDALIERA, MEDICO DI MEDICINA GENERALE, COMUNE)

Timbro e firma _____

Cognome _____

Nome _____

Data _____

DELEGATO ALLA CONSEGNA

Associazione _____

Cognome _____

Nome _____

Documento di identità _____ n. _____

Rilasciato da _____ il _____

Firma _____

Accenso 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 in materia di prelievi e trapianti di organi e dal DM 8 aprile 2000 modificato dal DM 11 marzo 2008.

Firma _____