



## 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 \_\_\_\_\_