ASL LECCE

SERVIZIO NAZIONALE DELLA PUGLIA

Ministero della Sanità

DICHIARAZIONE DI VOLONTÁ 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 _____

SOGGETTO DESIGNATO ALLA CONSEGNA DEL PRESENTE MODULO

☐ Associazione _____

Cognome _____

Nome _____

Documento di identità _____ n. _____

Rilasciato da _____ il _____

Firma _____

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 _____

NOTE

1. Compilare i campi in stampatello in maniera leggibile.
2. La dichiarazione di volontà non può essere sottocritta dai minori di anni 18.
3. Le firme vanno apposte in presenza dell'Operatore addetto presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) dell'ASL di Lecce o Uffici Anagrafe del Comune di Lecce
4. I documenti validi sono : carta d'identità , patente, passaporto
5. La dichiarazione può essere modificata dall'interessato solo presso gli uffici competenti ASL.- info 0832 215682 - 3280067936