SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 2

Coordinamento Locale
Donazioni e Trapianti Organi e Tessuti

REGIONE LAZIO

E-mail: coord.donazionietrapianti@aslroma2.it

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Io sottoscritto/a (*Cognome e Nome*)_____Sesso _

Nato/a il _ a: _ Prov._

Codice Fiscale

Luogo di Residenza _ Prov. _

Via _ CAP _

AUSL di appartenenza _ Cell. _

DICHIARO DI VOLER DONARE I MIEI ORGANI E TESSUTI DOPO LA MORTE A SCOPO DI TRAPIANTO

SI Firma _

NO Firma _

Acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati nel rispetto della Legge 675/96, per gli scopi e le finalità previste dalla Legge 91/99 in materia di prelievi e trapianti di organi e dal DM 08/04/2000.

Firma _

Data dichiarazione: _

Documento di identità: _

N°: _

Rilasciato da: _

Il: _

RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE

(Timbro)

Cognome: _____

Nome: _____

Data: _____

DELEGATO ALLA CONSEGNA

Associazione: _____

Cognome: _____

Nome: _____

Documento di identità: _____

Rilasciato da: _____

il_____n°_____

Firma: _____