ASL RM B
SEDE LEGALE:
VIA FILIPPO MEDA 35 , 00157 ROMA
TEL. 06-41431 FAX. 06-41433220

Regione Lazio

Coordinamento Locale
Donazioni e Trapianti di Organi e Tessuti

Coordinatore D.ssa Elisabetta Biagiotti
Tel. 06-41434431 Fax. 06-41434430
Cell. Az. 3205796097
elisabetta.biagiotti@aslromab.it

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Io sottoscritto/a (cognome) _____(nome) _____
sesso____ nato/a il _____ a _____ Prov._____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a _____ Prov._____in via _____ cap._____ AUSL 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

Timbro e firma _____

Cognome _____

Nome _____

Data _____

DELEGATO ALLA CONSEGNA

Associazione _____

Cognome _____

Nome _____

Documento di identità _____

n°_____

Rilasciato da _____ il _____

Firma _____

Acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nel rispetto al Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, 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

Firma_____