

Comune di

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Io sottoscritto/a (cognome) _____

(nome) _____ sesso **F** **M**

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Nazionalità _____ 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 _____

FIRMA _____

In relazione all'acquisizione da parte di questo ufficio della dichiarazione di volontà in merito alla donazione degli organi e tessuti, secondo quanto previsto dall'art. 3, comma 8 bis, L. 26 febbraio 2010 n. 25 e s.m.i., **La informiamo di quanto segue:**

- la raccolta e il trattamento del dato avverrà, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003, per gli scopi e le finalità previste dalla Legge 1 aprile 1999 n. 91 ("Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti", pubblicata in G.U. 15 aprile 1999, n.87), e dall'art. 3, comma 3, RD 18 giugno 1931, n. 773 "Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza" e s.m.i..
- Il dato relativo alla dichiarazione di volontà verrà custodito su archivi cartacei e informatici, nel rispetto delle norme di sicurezza previste dalla normativa vigente, e sarà reso disponibile per via telematica ai Centri di coordinamento regionali e al Centro nazionale per i Trapianti per le esclusive finalità di cui alla Legge 1 aprile 1999 n.91.
- L'eventuale modifica della decisione presa in questa sede potrà avvenire presso l'Ufficio preposto della ASL di appartenenza o al rinnovo della Carta di identità.
- Il titolare del trattamento è il Comune di _____
- Il responsabile del trattamento è _____

FIRMA _____

* * * * *

RISERVATO ALL'UFFICIO ANAGRAFE DEL COMUNE DI _____

Operatore: Cognome e Nome _____ Codice _____

Il dichiarante è stato riconosciuto tramite Carta di identità n. _____

rilasciata da _____ il Data _____

Timbro e firma _____