

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI  
A SCOPO DI TRAPIANTO TERAPEUTICO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) )  
Nazione \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) )  
In via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
ASL di residenza \_\_\_\_\_  
Dichiaro di voler donare i miei organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico.  
 SI      firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
 NO      firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**RISERVATA ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE DELLA A.S.L. RIETI**

Si attesta che in data odierna il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
ha rilasciato la dichiarazione di volontà sulla donazione di organi e tessuti a scopo di  
trapianto terapeutico (art. 23, comma 3, legge n. 91/99)  
Data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
timbro e firma

*Sono consapevole e acconsento che i miei dati vengano trattati dall'Asl di Rieti, titolare del trattamento, nel rispetto del Regolamento 2016/679/UE, per gli scopi e le finalità previste dalla legge 91/99 in materia di prelievi di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico e dal D.M. 8 aprile 2000.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_