

# Comune di ALBERA LIGURE

## Provincia di ALESSANDRIA

Via Roma, 1 – 15060 ALBERA LIGURE – Tel 0143/90051 – Fax 0143/90159  
E mail: [albera.ligure@reteunitaria.piemonte.it](mailto:albera.ligure@reteunitaria.piemonte.it)

### 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 \_\_\_\_\_

La manifestazione del consenso o del diniego alla donazione costituisce una facoltà e non un obbligo e 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:

- Il titolare del trattamento è il Comune di \_\_\_\_\_
- Il responsabile del trattamento è \_\_\_\_\_
- La raccolta e il trattamento del dato avverrà, nel rispetto del D. Lgs. n. 196/2003, per gli scopi e le finalità previste dalla normativa in materia di prelievo e trapianto di organi e tessuti.
- Il dato relativo alla dichiarazione di volontà verrà custodito su archivi cartacei e informatici, attraverso idonee misure di sicurezza, e sarà trasmesso per via telematica ai Centri di Coordinamento Regionali e al Centro Nazionale per i Trapianti esclusivamente per gli scopi e le finalità previste dalla normativa vigente in materia di trapianti ed ogni ulteriore informazione potrà essere acquisita collegandosi all'indirizzo <http://www.trapianti.salute.gov.it/>
- L'eventuale modifica della decisione presa in questa sede in merito alla donazione potrà avvenire in ogni momento presso l'Ufficio preposto della ASL di appartenenza, le Aziende ospedaliere, gli ambulatori dei medici di medicina generale, i Comuni al momento del rinnovo della Carta di Identità, i Centri Regionali dei trapianti, o con una dichiarazione su moduli già predisposti da enti pubblici o Associazioni dei donatori, o con una dichiarazione, resa in carta libera, da cui risultino, oltre alla volontà in ordine alla donazione degli organi, i dati personali, la data e la firma.
- Con riferimento ai dati qui raccolti, ha diritto, ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. n. 196/2003, ad ottenere ogni modifica, rettifica, integrazione, cancellazione o aggiornamento, rivolgendosi all'Amministrazione medesima.

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 \_\_\_\_\_