

# Dichiarazione di consenso o diniego alla donazione di organi e tessuti

(Legge 1 aprile 1999, n. 91, D.M. 8 aprile 2000 e D.M. 11 marzo 2008)

All'Ufficio Anagrafe del  
Comune di Garbagnate Milanese

IL / LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome: .....

Nome: .....

nato/a il ..... a .....

nazionalità: .....

Codice Fiscale: .....

residente a: .....

in via: .....

DICHIARA

di **voler donare** organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto

Firma

.....

di **non voler donare** organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto

Firma

.....

Garbagnate Milanese, .....

**Importante:** dare il consenso o il diniego alla donazione è una **scelta**, non un obbligo.  
**Se cambi idea** sulla decisione che hai preso **puoi modificare in qualsiasi momento la tua volontà**.  
Come? In anagrafe, al prossimo rinnovo della carta d'identità o all'ASL in qualsiasi momento.  
Per tutte le **informazioni** vai sul sito del Ministero <http://www.trapianti.salute.gov.it/>

## Informativa sulla protezione dei dati personali

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali forniti in questo modulo, nel rispetto del D.lgs. 196/03 "Tutela della privacy", solo per gli scopi e le finalità previste dalle "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti" (L. 91/99).

Garbagnate Milanese: ..... Firma .....

## Parte riservata all'ufficio

Ufficiale d'anagrafe .....

il dichiarante è stato riconosciuto con documento .....

n° ..... rilasciato il ..... da .....

firma e timbro