



Comune di Pioltello (MI)

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. _____

ASL di appartenenza: AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

dichiaro la mia volontà alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto

SI Firma del richiedente _____

NO Firma del richiedente (*solo in caso di diniego alla donazione*) _____

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 PIOLTELLO (MI) - Il responsabile del trattamento è il Dirigente del settore Servizi al Cittadino.

FIRMA del richiedente _____

RISERVATO ALL'UFFICIO ANAGRAFE DEL COMUNE DI PIOLTELLO

Operatore: Cognome e Nome _____

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

rilasciata da _____ in data _____

Timbro

Firma del delegato d'anagrafe _____