



CITTÀ DI MALNATE  
PROVINCIA DI VARESE

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO O DINIEGO ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
Sesso [ ] maschile [ ] femminile  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Nazionalità \_\_\_\_\_ - codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a 21046 – MALNATE (VA)  
in (indirizzo) \_\_\_\_\_  
AUSL di appartenenza VARESE

dichiaro di:

**Acconsentire alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto.**

Firma \_\_\_\_\_

**Non acconsentire alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto.**

Firma \_\_\_\_\_

**La manifestazione del consenso o del diniego alla donazione costituisce una facoltà e non è un obbligo.** L'eventuale modifica della decisione presa in questa sede in merito alla donazione potrà avvenire presso il Comune di Malnate al momento del rinnovo della carta di identità e in ogni momento presso l'Ufficio preposto della ASL di appartenenza, le Aziende ospedaliere, gli ambulatori dei medici di medicina generale, il Centro regionale dei trapianti, o con una dichiarazione sui moduli già predisposti da enti pubblici o Associazioni dei donatori, o con una dichiarazione, in carta libera, in cui risultino, oltre al consenso o al diniego alla donazione, i dati personali, la data e la firma, secondo quanto previsto dalla normativa in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti (legge 1 aprile 1999, n. 91 D.M. 8 aprile 2000 e D.M. 11 marzo 2008). Ogni ulteriore informazione potrà essere acquisita collegandosi all'indirizzo <http://www.trapianti.salute.gov.it/>

**Informativa ai sensi dell'art.13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003).** In relazione alla raccolta da parte di questo ufficio dei dati personali sopra indicati e, in particolare, della dichiarazione di volontà in ordine alla donazione di organi e tessuti, secondo quanto previsto dall'art. 3, comma 3 del *Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza* (R.D. 18 giugno 1931, n. 773), La informiamo di quanto segue:

- Il titolare del trattamento è questo Comune.
- Il responsabile del trattamento è l'Ufficio Anagrafe
- la raccolta e il trattamento dei dati personali sopra indicati e della manifestazione di volontà avverrà esclusivamente per gli scopi e le finalità previste in materia di prelievo e trapianto di organi e tessuti;
- il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio ai fini della manifestazione del consenso o del diniego alla donazione. Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di registrare il suo consenso o il suo diniego nel *Sistema Informativo Trapianti – S.I.T.*, secondo quanto previsto dalla predetta normativa.
- Tali dati saranno custoditi su archivi cartacei e informatici e saranno trasmessi per via telematica (attraverso il S.I.T.), ai Centri di coordinamento regionali e al Centro nazionale per i Trapianti esclusivamente per gli scopi e le finalità previste dalla medesima normativa.
- Con riferimento ai dati qui raccolti, ha diritto, ai sensi dell'articolo 7 del Codice, di ottenere la modifica, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione o l'aggiornamento, rivolgendosi a questo Comune, Ufficio Anagrafe.

FIRMA : COGNOME NOME

\*\*\*\*\*

RISERVATO ALL'UFFICIO ANAGRAFE DEL COMUNE DI MALNATE

Operatore: Cognome e nome \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

Il dichiarante è stato riconosciuto tramite Carta di identità n. \_\_\_\_\_

rilasciata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

MALNATE, \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO INCARICATO