

Comune di **VOBBIA**

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI**

Io sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_  
(nome) \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_)  
Nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a **VOBBIA** Prov. (**GE**)  
in **LOC.** \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. **16010**

ASL di appartenenza N. 3 "Genovese"

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

SI Firma \_\_\_\_\_

NO Firma \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_)

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 **VOBBIA**
- Il responsabile del trattamento è (**IRENE BETTINI**)

FIRMA \_\_\_\_\_  
(IRENE BETTINI)

\*\*\*\*\*

RISERVATO ALL'UFFICIO ANAGRAFE DEL COMUNE DI **VOBBIA**

Operatore: Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

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

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

Timbro e firma \_\_\_\_\_

Comune di **VOBBIA**

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI**

Io sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_  
(nome) \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_)  
Nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a **VOBBIA** Prov. (**GE**)  
in **LOC.** \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. **16010**

ASL di appartenenza N. 3 "Genovese"

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

SI Firma \_\_\_\_\_

NO Firma \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_)

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 **VOBBIA**
- Il responsabile del trattamento è (**IRENE BETTINI**)

FIRMA \_\_\_\_\_  
(IRENE BETTINI)

\*\*\*\*\*

RISERVATO ALL'UFFICIO ANAGRAFE DEL COMUNE DI **VOBBIA**

Operatore: Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

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

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

Timbro e firma \_\_\_\_\_