

# COMUNE DI MEDICINA

- copia per il dichiarante  
 copia per l'Anagrafe

## Dichiarazione di consenso o diniego alla donazione di organi e tessuti in sede di rilascio/rinnovo della carta d'identità

Io sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_  
nome \_\_\_\_\_ sesso [M] – [F]  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
AUSL di appartenenza \_\_\_\_\_.

### DICHIARO

<input type="checkbox"/> di <b>ACCONSENTIRE</b> alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto
Chiedo che la mia dichiarazione sia riportata sulla 4 <sup>a</sup> (quarta) facciata della carta d'identità in fase di rilascio/rinnovo con la seguente formula: <b>"Assenso alla donazione organi/tessuti"</b> : <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO Firma _____

<input type="checkbox"/> di <b>NON ACCONSENIRE</b> alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto
Chiedo che la mia dichiarazione sia riportata sulla 4 <sup>a</sup> (quarta) facciata della carta d'identità in fase di rilascio/rinnovo con la seguente formula: <b>"Diniego alla donazione organi/tessuti"</b> : <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO Firma _____

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

**NOTA BENE:** L'eventuale modifica della decisione presa in questa sede in merito alla donazione potrà avvenire in ogni momento presso l'Ufficio della ASL di appartenenza, le Aziende ospedaliere, gli ambulatori dei medici di medicina generale, il Comune al momento del rinnovo della Carta d'identità, il Centro regionale dei trapianti, o con una dichiarazione su 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 Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza (R.D. 18 giugno 1931, n.773), La informiamo di quanto segue:

- Il titolare del trattamento è il Comune di Medicina;
- Il responsabile del trattamento è il Responsabile "Servizi al Cittadino";
- La raccolta e il trattamento dei dati personali sopra indicati e della manifestazione di volontà avverrà esclusivamente per gli scopi e le finalità previste dalla normativa 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 del 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'art.7 del Codice, di ottenere la modifica, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione o l'aggiornamento, rivolgendosi a questo Comune al responsabile trattamento dati.

### Spazio riservato all'Ufficio Anagrafe del Comune di Medicina

Operatore: \_\_\_\_\_ - Codice \_\_\_\_\_. Il dichiarante è stato riconosciuto tramite:

- Carta d'identità N.  
 Patente N.  
 Conoscenza diretta oppure \_\_\_\_\_

Medicina,

**Il funzionario incaricato**

# COMUNE DI MEDICINA

- copia per il dichiarante  
 copia per l'Anagrafe

## Dichiarazione di consenso o diniego alla donazione di organi e tessuti in sede di rilascio/rinnovo della carta d'identità

Io sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_  
nome \_\_\_\_\_ sesso [M] – [F]  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
AUSL di appartenenza \_\_\_\_\_.

### DICHIARO

<input type="checkbox"/> di <b>ACCONSENTIRE</b> alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto
Chiedo che la mia dichiarazione sia riportata sulla 4 <sup>a</sup> (quarta) facciata della carta d'identità in fase di rilascio/rinnovo con la seguente formula: <b>"Assenso alla donazione organi/tessuti"</b> : <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO Firma

<input type="checkbox"/> di <b>NON ACCONSENIRE</b> alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto
Chiedo che la mia dichiarazione sia riportata sulla 4 <sup>a</sup> (quarta) facciata della carta d'identità in fase di rilascio/rinnovo con la seguente formula: <b>"Diniego alla donazione organi/tessuti"</b> : <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO Firma

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

**NOTA BENE:** L'eventuale modifica della decisione presa in questa sede in merito alla donazione potrà avvenire in ogni momento presso l'Ufficio della ASL di appartenenza, le Aziende ospedaliere, gli ambulatori dei medici di medicina generale, il Comune al momento del rinnovo della Carta d'identità, il Centro regionale dei trapianti, o con una dichiarazione su 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 Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza (R.D. 18 giugno 1931, n.773), La informiamo di quanto segue:

- Il titolare del trattamento è il Comune di Medicina;
- Il responsabile del trattamento è il Comune di Medicina
- La raccolta e il trattamento dei dati personali sopra indicati e della manifestazione di volontà avverrà esclusivamente per gli scopi e le finalità previste dalla normativa 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 del 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'art.7 del Codice, di ottenere la modifica, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione o l'aggiornamento, rivolgendosi a questo Comune al responsabile trattamento dati.

### Spazio riservato all'Ufficio Anagrafe del Comune di Medicina

Operatore: \_\_\_\_\_ - Codice \_\_\_\_\_. Il dichiarante è stato riconosciuto tramite:

- Carta d'identità N.  
 Patente N.  
 Conoscenza diretta oppure \_\_\_\_\_

Medicina,

**Il funzionario incaricato**