

# A.I.D.O.

Associazione Italiana per la Donazione di Organi, tessuti e cellule

**Sezione Provinciale di** \_\_\_\_\_

**Domanda di adesione n.** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_ Fisso \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Domicilio (*se diverso dalla residenza*) \_\_\_\_\_

**chiede di essere iscritto/a all' A.I.D.O. accettando Statuto e Regolamento.**

Per gli scopi associativi versa la somma di € \_\_\_\_\_ (versamento non obbligatorio).

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Ricevuta l' informativa sull' utilizzo dei miei dati personali, ai sensi dell' art. 13 del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, consento il loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e per l' inserimento dei dati nel Sistema Informativo Trapianti del Ministero della Salute.*

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

---

# A.I.D.O.

Associazione Italiana per la Donazione di Organi, tessuti e cellule

## **Dichiarazione di volontà in ordine alla donazione di organi e tessuti**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**Dichiaro ai sensi dell' art. 4 e dell' art. 23 della Legge 1 aprile 1999 n. 91, il mio assenso alla donazione di organi e tessuti del mio corpo a scopo di trapianto, dopo la mia morte.**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Per la validità del modulo di adesione sono necessarie tutte le 3 firme richieste  
Ai sensi della legge n. 91/99 possono esprimere la volontà esclusivamente i cittadini maggiorenni**