

# 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 € \_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_\_