

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Codice Fiscale _____

Documento _____ N. _____

**DICHIARO DI VOLER DONARE I MIEI ORGANI E TESSUTI
DOPO LA MORTE A SCOPO DI TRAPIANTO**

SI

NO

Firma _____ Firma _____

Data _____



REGIONE
PIEMONTE

www.regione.piemonte.it/sanita

Donazione e Trapianto |