



REGIONE DEL VENETO

Coordinamento Regionale Trapianti

Coordinamento Ospedaliero Trapianti

Azienda _____

MANIFESTAZIONE DI VOLONTÀ AL PRELIEVO DI

TESSUTI OMOLOGHI DA CADAVERE A SCOPO DI INNESTO/TRAPIANTO TERAPEUTICO

(Ai sensi della L. 1 aprile 1999 n. 91 "Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti")

Il sottoscritto/a _____, ai sensi dell'art. 23 della L. 01 aprile 1999 n. 91, ha informato alle ore _____ del giorno _____ il Sig./Sig.ra _____ abitanti in via _____ n. _____ CAP _____ città _____ Tel. _____ che il Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e deceduto/a in data _____ alle ore _____ nel reparto di _____ dell'Ospedale di _____ Medico di Famiglia _____ per il/la quale è stata accertata la morte ai sensi della L. 29.12.93 n. 578 e del D.M 11.04.08 che aggiorna il D.M 22.08.94. n. 582,

è stato riconosciuto come potenziale donatore di tessuti a scopo di trapianto.

Previa consultazione del Sistema Informativo Trapianti, ha altresì informato che:

- ☐ **NON RISULTANDO** alcuna volontà espressa in vita dal loro congiunto, essi possono presentare **opposizione scritta** al prelievo;
- ☐ **RISULTANDO volontà** ☐ **favorevole o** ☐ **non favorevole** al prelievo di organi e di tessuti espressa in vita secondo le modalità di legge, essi possono presentare una **dichiarazione di volontà successiva**, sottoscritta dal potenziale donatore, opposta a quella precedentemente espressa.

Ha inoltre informato che:

- in caso di non opposizione al prelievo di tessuti, saranno eseguiti accertamenti chimico-clinici, sierologici ed anamnestici volti a valutare l'idoneità del tessuto prelevato ed in particolare a prevenire la trasmissione di patologie da donatore a ricevente;
- i tessuti prelevati non sono oggetto di lucro e saranno smaltiti nell'osservanza delle norme vigenti.

Descrizione situazioni particolari

data _____ IL PROFESSIONISTA SANITARIO _____

L'avente diritto, Sig./Sig.ra _____

- | | | | |
|----------|---|----------|---------------------------------|
| 1 | Coniuge non separato | 2 | Convivente “more uxorio” |
| 3 | Figlio/i di età non inferiore agli anni diciotto | 4 | Genitore/i |
| 5 | Rappresentante legale _____ | | |

☐ **SI OPPONE** ☐ **NON SI OPPONE** al prelievo di tessuti omologhi.

data _____ L' AVENTE DIRITTO _____

Stante l'impossibilità a ottenere senza ritardo l'opposizione dell'avente diritto in forma scritta, il sottoscritto _____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, dichiara che il/la Sig./Sig.ra _____ ha manifestato telefonicamente

☐ **OPPOSIZIONE** ☐ **NON OPPOSIZIONE** al prelievo di tessuti omologhi.

data _____ IL PROFESSIONISTA SANITARIO _____

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (General Data Protection Regulation – GDPR)

I dati personali contenuti nel presente modulo sono trattati nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (General Data Protection Regulation – GDPR), secondo l'informativa conservata presso la sede legale dell'Azienda n. _____ e pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: _____

Data _____

Firma _____