



WILLENSERKLÄRUNG: BEREITSCHAFT ZUR ORGANSPENDE DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Ich (Nachname) Io sottoscritto/a (cognome)	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Name nome	<input style="width: 45%;" type="text"/>	Geschlecht sesso	<input style="width: 45%;" type="text"/>
geboren am nato/a il	<input style="width: 20%;" type="text"/>	in a	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Staatsbürgerschaft Nazionalità	<input style="width: 25%;" type="text"/>	Steuernummer codice fiscale	<input style="width: 55%;" type="text"/>
wohnhaft in residente a	<input style="width: 45%;" type="text"/>	Prov. Prov.	<input style="width: 45%;" type="text"/>
Straße Nr. Via, Nr.	<input style="width: 45%;" type="text"/>	Postleitzahl cap	<input style="width: 45%;" type="text"/>

erkläre mich bereit, nach meinem Tod Organe und Gewebe meines Körpers für den Zweck der Transplantation zu spenden.
dichiaro di voler donare i miei organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto.

JA SI	
	Unterschrift - Firma

NEIN NO	
	Unterschrift - Firma

Personalausweis Documento di identità	<input style="width: 85%;" type="text"/>
Nr. n.	<input style="width: 85%;" type="text"/>
ausgestellt am rilasciato il	<input style="width: 85%;" type="text"/>
von da	<input style="width: 85%;" type="text"/>

DEM GESUNDHEITSPRENGEL, ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN oder MELDEAMT DER GEMEINDE VORBEHALTEN RISERVATO AL DISTRETTO SANITARIO, MEDICO DI MEDICINA GENERALE o ALL'UFFICIO ANAGRAFE DEL COMUNE	
Stempel und Unterschrift Timbro e firma	
Nachname Cognome	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Vorname Nome	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Datum Data	<input style="width: 90%;" type="text"/>

Datum der Erklärung Data dichiarazione	<input style="width: 85%;" type="text"/>
---	--

P.S.: Kann bei den Gesundheitsprengeln des Südtiroler Sanitätsbetriebes, dem eigenen Arzt für Allgemeinmedizin oder dem Meldeamt der Wohnsitzgemeinde bei Erneuerung oder Verlängerung des Personalausweises zur Registrierung abgegeben werden.

N.B.: Può essere consegnato per la registrazione presso i Distretti Sanitari dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, il proprio Medico di Medicina Generale o l'Ufficio Anagrafe del Comune di residenza nell'atto del rinnovo o della proroga della carta d'identità.

Einwilligung zur Sammlung und Verwendung meiner persönlichen Daten unter Befolgung des Legislativdekretes vom 30. Juni 2003, Nr. 196 (Kodex bezüglich den Schutz der personenbezogenen Daten), zu den Zwecken und Zielsetzungen, welche vom Gesetz 91/99 und vom Ministerialdekret vom 8. April 2000 im Rahmen der Organspende und Gewebeentnahme vorgesehen sind.

Acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nel rispetto del Decreto Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione di dati personali), per gli scopi e le finalità previste dalla legge 91/99 in materia di prelievi e trapianti di organi e dal DM 8 aprile 2000.

Unterschrift
Firma _____