

Modulo di informazione soggetti non aventi diritto

Io Dott., ai sensi dell'articolo 23 della Legge 1 aprile 1999 n° 91, dichiaro di aver informato i signori

..... in qualità di
..... in qualità di
..... in qualità di

che il signor:

..... nato/a il per il quale è in corso l'accertamento della morte ai sensi della Legge 29/12/1993 n° 578 e del D.M.S. 11/4/2008, è stato riconosciuto come potenziale donatore di organi e/o tessuti a scopo di trapianto.

Ho altresì informato i predetti che ai sensi della Legge 1 aprile 1999, n. 91, Decreto Ministero Sanità 8/4/2000, Raccomandazioni Centro Nazionale Trapianti sulla Verifica della volontà alla Donazione di organi e tessuti, Marzo 2017:

- a) nel caso in cui *non risulti*, dalla verifica SIT, alcuna dichiarazione di volontà espressa dal loro congiunto, essi **NON possono presentare opposizione scritta** al prelievo di organi e tessuti. Possono solo presentare una eventuale dichiarazione sottoscritta dal defunto in vita, datata, resa in carta libera o su moduli appositamente predisposti da enti pubblici e dalle associazioni dei donatori contenente: la volontà in ordine alla donazione degli organi e tessuti (positiva o negativa), le generalità (nome, cognome, data di nascita), la data di sottoscrizione e la firma.
- b) nel caso in cui *risulti* una volontà espressa in vita secondo le modalità del D.M.S. 8/4/2000 (*specificare**) essi possono presentare una dichiarazione di volontà successiva, con le medesime caratteristiche del paragrafo precedente, sottoscritta dal loro congiunto, opposta a quella già espressa;
- c) ai sensi della Legge 29/12/1993 n° 578 e del D.M.S. 11/4/2008, alla fine del detto periodo di osservazione, verrà comunque dichiarata la morte alla quale seguirà la procedura di prelievo di organi e/o tessuti.

Espressione In Vita Verificata Tramite

SIT - ATTO OLOGRAFO

Volontà nel SIT : favorevole contraria nessuna espressione

Per Presa Conoscenza i soggetti non aventi diritto presenti

COGNOME E NOME

..... Firma.....

n. telefono.....indirizzo e-mail.....

..... Firma.....

n. telefono.....indirizzo e-mail.....

..... Firma.....

n. telefono.....indirizzo e-mail.....

Il Dirigente Medico..... (timbro e firma)

..... li, ore