



Verbale di informazione dell'accertamento di morte e della manifestazione di volontà in ordine alla donazione



Verbale di informazione dell'accertamento di morte e della manifestazione di volontà in ordine alla donazione

Io Dott., ai sensi dell'articolo 23 della Legge 1 aprile 1999 n° 91, dichiaro di aver informato gli aventi diritto che il loro congiunto:

Sig./ra 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 gli aventi diritto che:

- a) nel caso in cui *non risulti* alcuna volontà espressa dal loro congiunto, essi possono presentare opposizione scritta al prelievo entro la fine del periodo di osservazione che, nel caso in oggetto, avverrà alle ore del giorno a norma dell'art. 4 del D.M.S. 11/4/2008;
- 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, 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, indipendentemente dalla donazione di organi e/o tessuti.

Espressione In Vita Verificata Tramite			
	<input type="checkbox"/> SIT -	<input type="checkbox"/> ATTO OLOGRAFO	
Volontà nel SIT :	<input type="checkbox"/> favorevole	<input type="checkbox"/> contraria	<input type="checkbox"/> nessuna espressione

Per Presa Conoscenza l'Avente diritto, in ordine prioritario

- coniuge non legalmente separato
- convivente more uxorio
- figli maggiori di età
- genitori (in caso di decesso di minore è necessaria la firma di entrambi i genitori)
- rappresentante legale

NON SI OPPONE / **SI OPPONE** al prelievo di organi del proprio congiunto

COGNOME E NOME

..... Firma

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

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

..... li, ore

* Favorevole/Contrario
Tessera del Ministero della Sanità o notifica ASL o notifica al Comune
Atto olografo- Dichiarazione su foglio bianco, con data e firma