



**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.

<b>Espressione In Vita Verificata Tramite</b>			
	<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