



Ospedale _____

Data / /

Il/la sottoscritto/a Dott., dichiara di aver informato gli aventi diritto che il loro congiunto, il Sign/la Sign.a nato a il, per il/la quale è in corso l'accertamento di morte ai sensi della Legge n.578/93 e DPR 11/4/2008, è stato riconosciuto come potenziale donatore di organi a scopo di trapianto ai sensi dell'articolo 23 della Legge n.91/99

Ha altresì informato gli aventi diritto che:

- nel caso in cui risulti una volontà espressa in vita dal loro congiunto attraverso le modalità previste dal Decreto 8/4/2000 (dichiarazione di volontà sottoscritta o registrazione contenuta nel Sistema Informativo Nazionale Trapianti), essi hanno la possibilità di presentare una successiva dichiarazione (negativa o positiva), del loro congiunto di cui siano in possesso.
- nel caso in cui non risulti alcuna volontà del loro congiunto, il prelievo degli organi è consentito salvo che gli aventi diritto* presentino opposizione scritta entro la fine del periodo di osservazione di cui all'articolo 4 del DPR 11/4/2008

** aventi diritto secondo l'art. 23, comma 2 della L.91 del 1.04.99 sono nell'ordine : il coniuge non separato o il convivente more uxorio o, in mancanza, i figli maggiori di età o, in mancanza di questi ultimi, i genitori ovvero il rappresentante legale;*

- al termine del periodo di osservazione verrà comunque dichiarata la morte del soggetto ai sensi della Legge n.578/93 e del DPR11/4/2008

Per presa conoscenza

FIRMA LEGGIBILE e RAPPORTO DI PARENTELA FIRMA LEGGIBILE e RAPPORTO DI PARENTELA
.....

L'avente diritto : nato a il

NON SI OPPONE firma.....

SI OPPONE firma.....

al prelievo di organi dopo accertamento della morte del Sig./ra..... a scopo di trapianto terapeutico.

Il MEDICO

In caso di prelievo d'organi l'avente diritto DESIDERA / NON DESIDERA ricevere notizie dal Centro Regionale Trapianti sull'esito degli interventi di trapianto all'indirizzo di posta/mail.....

.....