



Comune di Moricone

(Città Metropolitana di Roma Capitale)

PIAZZA SANTE AURELI N. 1 - 00010 MORICONE

tel. 0774605168 - 605426 fax 0774604169

demograficimoricone@pec.it

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Io sottoscritto/a (cognome) (nome)

nato/a il a Prov.

Nazionalità codice fiscale

residente a MORICONE Prov. Rm

in via

cap.

AUSL di appartenenza

dichiaro la mia volontà alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto.

SI Firma _____

NO Firma _____

Informativa (art. 13 D. Lgs. 196/2003)

In relazione all'acquisizione da parte di questo ufficio della dichiarazione di volontà in merito alla donazione degli organi e tessuti, secondo quanto previsto dall'art. 3, comma 8 bis, L. 26 febbraio 2010 n. 25 e s.m.i., La informiamo di quanto segue:

- *la raccolta e il trattamento del dato avverrà, nel rispetto del D.Lgs.n. 196/2003, per gli scopi e le finalità previste dalla Legge 1 aprile 1999 n. 91 ("Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti", pubblicata in G.U. 15 aprile 1999, n.87), e dall'art. 3, comma 3, RD 18 giugno 1931, n. 773 "Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza" e s.m.i.*
- *Il dato relativo alla dichiarazione di volontà verrà custodito su archivi cartacei e informatici, nel rispetto delle norme di sicurezza previste dalla normativa vigente, e sarà reso disponibile per via telematica ai Centri di coordinamento regionali e al Centro nazionale per i Trapianti per le esclusive finalità di cui alla Legge 1 aprile 1999 n.91.*
- *L'eventuale modifica della decisione presa in questa sede potrà avvenire presso l'Ufficio preposto della ASL di appartenenza o al rinnovo della Carta di identità.*
- *Il titolare del trattamento è il dirigente pro tempore dei Servizi Demografici.*
- *Il responsabile del trattamento è il dirigente pro tempore dei Servizi Demografici.*
- *In base alla legge Lei è titolare di una serie di diritti, che potrà sempre esercitare presso i Servizi demografici quali ad esempio: il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano; il diritto di poter accedere alle proprie informazioni e di conoscere finalità, modalità e logica del trattamento, il diritto ad ottenere l'aggiornamento, la rettificazione o, qualora ne abbia interesse, l'integrazione dei dati trattati; il diritto di opporsi al trattamento degli stessi per motivi legittimi e gli altri diritti indicati all'art.7 del D.Lgs.196/2003.*

FIRMA _____

RISERVATO ALL'UFFICIO ANAGRAFE DEL COMUNE

Io dipendente incaricato dal Sindaco, AUTENTICO la firma del Sig.

..... sopra generalizzato apposta in mia presenza, previa accertamento della sua C.I. n.

..... rilasciata il dal Comune di

Moricone li

IL DIPENDENTE INCARICATO