



A.I.D.O. Associazione Italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule

Sezione Provinciale di _____

Domanda di adesione n. _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____

via _____ n. _____ tel. _____

e-mail _____ professione _____

indirizzo domicilio (se diverso dalla residenza) _____

chiede di essere iscritto/a all' A.I.D.O. accettando Statuto e Regolamento.

Per gli scopi associativi versa la somma annuale di € _____ (non obbligatorio)

Data _____ Firma _____

Ricevuta l'informativa sull'utilizzo dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30-06-2003 n. 196, consento il loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e per l'inserimento dei dati nel servizio informativo trapianti del Ministero della Salute.

Data _____ Firma _____

A.I.D.O. Associazione Italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule

Dichiarazione di volontà in ordine alla donazione di organi e tessuti

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____

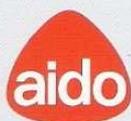
nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____

via _____ n. _____

Dichiaro ai sensi dell'art. 4 e dell'art. 23 della legge 1 aprile 1999 n. 91, il mio assenso alla donazione di organi e tessuti del mio corpo a scopo di trapianto, dopo la mia morte.

Data _____ Firma _____



Per ulteriori informazioni
chiama il numero verde **800 736 745**
oppure consulta il sito **www.aido.it**