

**Oggetto: Informazione dell'accertamento di morte e della manifestazione di volontà in ordine alla donazione**

Io dr. ...., 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.

*Per Presa Conoscenza l'Avente diritto*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> coniuge non separato  | <input type="checkbox"/> convivete more uxorio          |
| <input type="checkbox"/> figli maggiori di età | <input type="checkbox"/> genitori                       |
| <input type="checkbox"/> rappresentante legale | <input type="checkbox"/> altro <i>specificare</i> ..... |

COGNOME E NOME

..... *Firma*.....

- L'avente diritto SI OPPONE al prelievo di organi del proprio congiunto*  
COGNOME E NOME

*Firma*.....

Il Dirigente Medico

*\* Favorevole/Contrario-Tessera del Ministero della Sanità o notifica ASL o notifica al Medico di Medicina Generale*

.....