

Oggetto: revoca dell'iscrizione all'Associazione Italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule

Sezione Provinciale di _____
(per la revoca dell'atto olografo cartaceo)
ovvero

Sede Nazionale
Via Cola di Rienzo, 243
00192 - ROMA
(per la revoca dell'iscrizione digitale)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ___/___/_____ e residente a
_____ (____) in Via/Piazza _____ n. ___ - CAP _____

chiede di revocare l'iscrizione all' A.I.D.O.

e, contestualmente, l'assenso alla donazione post-mortem di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico espresso con l'iscrizione stessa.

Dichiara di aver letto l'Informativa sull'utilizzo dei propri dati personali, ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 2016/679 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati personali.

Per fornire ulteriori informazioni necessarie, si comunicano i seguenti contatti:

E-mail: _____

cellulare: _____

telefono fisso: _____

Si allega:

- un **documento di identità valido**
- il **codice fiscale**
- la **tessera associativa cartacea**

Autocertificazione

(da utilizzare qualora non si fosse in possesso del tesserino cartaceo)

Il sottoscritto autocertifica di non essere più in possesso del tesserino cartaceo e di essere impossibilitato pertanto alla sua restituzione.

Firma _____

Luogo, ___/___/_____

Firma _____