



# Modulo di modifica e indicazione per il Registro Donate Life dello Stato di New York

donatelife.ny.gov | 1-866-NY-DONOR

Desidero:

- Aggiornare i miei dati identificativi     Modificare gli organi / i tessuti che acconsento a donare     Modificare le finalità della mia donazione

*\*Indica i campi obbligatori. Scrivere in stampatello o a macchina in modo leggibile con inchiostro nero o blu:*

## DATI IDENTIFICATIVI

\*Nome: (nome di battesimo) \_\_\_\_\_ (iniz. 2° nome) \*(cognome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (MM/GG/AAAA)

\*Data di nascita

\_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_  
N. d'identif. DMV NYS (N. di 9 cifre di patente/permesso/altro doc. id.)    Numero IDNYC

## INFORMAZIONI DI CONTATTO

Confermeremo la modifica alla sua registrazione tramite e-mail, se fornita, o posta

- Il nome corrisponde a quello indicato sopra     Modifica all'indirizzo     Modifica all'indirizzo e-mail

Nome: (nome di battesimo) \_\_\_\_\_ (iniz. 2° nome) (cognome) \_\_\_\_\_

Indirizzo postale \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Cod. postale \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Telefono

## INDICAZIONI

### \*ACCONSENTO ALLA DONAZIONE

- Di **tutti** i miei organi, tessuti e occhi; o
- Soltanto** degli organi e tessuti indicati: **Organi:**  Cuore  Reni  Fegato  Polmoni  Intestino  Pancreas
- Tessuti:**  Vasi sanguigni  Tessuto osseo e connettivo  Cornee  Occhi  Pelle

### \*ACCONSENTO A DONARE I MIEI ORGANI E/O TESSUTI PER FINALITÀ DI:

- Trapianto e ricerca<sup>o</sup>     Solo trapianto     Solo ricerca<sup>o</sup>

*<sup>o</sup>Ricerca: ci si impegnerà al massimo per aiutare a salvare e curare le vite dei pazienti bisognosi di trapianto tramite la donazione dei suoi organi e tessuti. Qualora gli organi e/o i tessuti non siano adatti al trapianto, i soggetti registrati che acconsentono alla ricerca autorizzano il loro uso per ricerche o formazione che possono portare a nuovi trattamenti o cure.*

## FIRMA E DATA

Apponendo la mia firma di seguito, indico il mio consenso ad apportare modifiche alla mia precedente iscrizione (o più di una) nel Registro Donate Life dello Stato di New York. Comprendo che, iscrivendomi al Registro, sto prestando il consenso legale alla donazione dei miei organi, tessuti e occhi (come specificato in precedenza) nell'eventualità del mio decesso. Autorizzo l'accesso a queste informazioni se necessario per l'amministrazione del Registro e alle organizzazioni di reperimento organi disciplinate a livello federale, alle banche di occhi e tessuti abilitate dello Stato di New York al momento o poco prima del mio decesso e alle entità formalmente approvate dal Commissario per la sanità (*Commissioner of Health*) del NYS.

\*Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\*Data

Compilare e apporre data e firma sul presente modulo. Inviarlo al Registro Donate Life del NYS via e-mail:

[registry@donatelife.ny.gov](mailto:registry@donatelife.ny.gov) o tramite servizio postale all'indirizzo:

New York State Donate Life Registry, 185 Jordan Road, Troy, New York 12180