



Department  
of Health

Donate Life  
Registry



## Modulo di iscrizione al Registro Donate Life dello Stato di New York

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

I donatori di organi, occhi e tessuti salvano e curano vite. Iscrivendosi al Registro Donate Life dello Stato di New York, acconsente a donare organi e tessuti nell'eventualità del suo decesso. Se sta considerando di diventare donatore all'età di 16 o 17 anni, i suoi genitori o tutori legali vengono avvisati della sua iscrizione e hanno la responsabilità della decisione finale in merito all'avanzamento della sua 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

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

### INFORMAZIONI DI CONTATTO

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

\*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 e formazione che possono portare a nuovi trattamenti o cure.

### FIRMA E DATA

Apponendo la mia firma di seguito, acconsento a iscrivermi al 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