



Modulo di cancellazione dal Registro Donate Life dello Stato di New York

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

Ha la facoltà di cancellarsi dal Registro Donate Life dello Stato di New York online all'indirizzo donatelife.ny.gov o richiedere la cancellazione compilando, firmando e inviando il presente modulo all'indirizzo sottostante.

**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 sua cancellazione tramite e-mail, se fornita, o posta

*Indirizzo postale *Città *Stato *Cod. postale

Indirizzo e-mail Telefono

FIRMA E DATA

Apponendo la mia firma di seguito, sto revocando il mio consenso alla donazione dei miei organi, occhi e/o tessuti e sto richiedendo la cancellazione dal Registro Donate Life dello Stato di New York.

*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 o tramite servizio postale all'indirizzo:
New York State Donate Life Registry, 185 Jordan Road, Troy, New York 12180**