

**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 AIDO 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 \_\_\_\_\_