

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONI FINALIZZATE ALL'ATTIVITA' DI RICERCA DI MIDOLLO OSSEO E/O DI CELLULE STAMINALI DA CORDONE OMBELICALE PER FINALITA' DI TRAPIANTO

U.L.S.S. N. 5
U.O.S.D. Assistenza Specialistica Protesica **Integrativa**
Via Kennedy 2
36071 ARZIGNANO (VI)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
Via _____ telefono n. _____
Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria n. _____

CHIEDE

l'autorizzazione alle prestazioni finalizzate all'attività di ricerca e di reperimento di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) da donatore non consanguineo e/o da cordone ombelicale, in Italia e all'Estero, per finalità di trapianto, come da prescrizione dello specialista.

Allega la seguente documentazione:

- 1) proposta motivata di un medico specialista di branca;
- 2) "ALLEGATO E" precompilato dal Reparto Ospedaliero presso il quale è in cura;

Data _____ Firma _____

RISERVATO AL DISTRETTO

BRANCA SPECIALISTICA _____
CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO _____

PRATICA N° _____ ESTERO DIRETTA