

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI - REGIONE PIEMONTE

MODULO PER L'AUTORIZZAZIONE AL PRELIEVO DI CORNEE

(ai sensi dell'art. 1 della legge del 12 agosto 1993 n° 301 e dell'art. 23 della legge del 1 aprile 1999 n° 91)

Originale da archiviare presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale sede del prelievo.
Da inviare **entro 24 ore** alla Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista
C. Bramante 88 - 10126 Torino -Tel. 011 6336519 / Fax: **011 6334363**

Il/I sottoscritto/i, in qualità di:

- coniuge non legalmente separato convivente more uxorio
 figlio/i maggiorenne/i
 genitore/i
 legale rappresentante (per minore)

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

del defunto, Signor / Signora:

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ deceduto/a in data _____ presso _____

indirizzo per comunicazioni: _____

acconsente / acconsentono

- all'immediato prelievo delle cornee dalla salma del proprio congiunto, a scopo di trapianto terapeutico.
- a che vengano svolti le indagini anamnestiche e gli esami di laboratorio sul proprio congiunto, volte a prevenire la trasmissione di patologie dal donatore al ricevente.
- a ricevere comunicazioni dal Centro Riferimento Trapianti e dalla Banca delle Cornee della Regione Piemonte

dichiara / dichiarano

- di non essere a conoscenza che il congiunto avesse in vita manifestato il rifiuto alla donazione.

In fede.

Data _____

(firma/e)