



**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE
ROMA G**

Direzione Sanitaria Aziendale
Coordinamento Locale per la
donazione e il prelievo di
organi e tessuti

**Spett. le PROCURA
o presso TRIBUNALE
o presso PRETURA CIRCONDARIALE**

di

Oggetto : Richiesta di autorizzazione prelievo di cornee/bulbi oculari a scopo di trapianto terapeutico

Si richiede autorizzazione ad eseguire intervento di prelievo di cornee/bulbi oculari a scopo di trapianto dal cadavere di

Nato a il.....

Residente a

Via.....n.....

Detto soggetto presenta le condizioni previste dalla Legge 578/1993, D.M.S 582/1994 per l'accertamento di morte, in seguito a :.....

Dell'evento è stata data comunicazione all'Autorità Giudiziaria con referto n°.....

Del.....da parte di

Pregasi di comunicare a mezzo fax o fonogramma direttamente a questo Centro di Rianimazione (tel.....fax.....) o tramite il Posto di Polizia del Pronto Soccorso (tel.....fax.....).

Il Medico del Reparto

.....

.....li.....

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA G
Via Tiburtina, 22/A - 00019 Tivoli RM

Corso Garibaldi, 7 - 00034 Colferro RM
tel.: 06.97223437 - fax: 06.97223436
C.F. Part. IVA 04733471009
info@aslrmg.fbhe.it
www.aslromag.it



Regione Lazio