

Autorización para profesionales y equipos profesionales. Ley 27.447 y decreto 16/2019.

La presente reviste carácter de Declaración Jurada

Datos del solicitante

Apellido/s:

Nombre/s:

Tipo de documento: DNI DNIM DNIF LE LC CI Pasaporte Número:

Tipo y número de matrícula: Especialidad médica:

Domicilio

Calle: Nro: Piso: Dpto:

Localidad: Provincia:

Partido/departamento: CP:

Teléfono fijo: Teléfono celular:

Correo Electrónico:

Gestiona autorización en calidad de:

- Jefe de Equipo Sub Jefe de Equipo Integrante de Equipo Médico Referente
 Jefe de Laboratorio HLA Sub Jefe de Laboratorio HLA Integrante de Laboratorio HLA

Dependiente de establecimiento:

- Público Privado Otros

Nombre oficial del establecimiento donde realizará las prácticas de trasplante:

Autorización para:

- ABLACIÓN IMPLANTE
 Riñón y Uréter Páncreas y Renopáncreas Membrana Amniótica
 CPH Autólogo y Alogénico Relacionado Intestino Homoinjertos Valvulares, Vasculares y Otros Tejidos
 CPH Alogénico no Relacionado Piel Laboratorio HLA
 Hígado Córneas _____
 Corazón Esclera _____
 Pulmón Tejido musculoesquelético y osteoarticular _____

Tipo de Trasplante: Adulto Pediátrico

Documentación que acompaña:

- Fotocopia autenticada de título profesional
 Fotocopia autenticada de título de especialista
 Antecedentes profesionales en castellano compuesto de _____ fojas

Declaramos conocer y aceptamos las normas legales y administrativas vigentes sobre ablación de órganos, tejidos y células:

Lugar: Fecha: / / (dd/mm/aaaa)

Solicitante: Firma Aclaración

Jefe de Equipo: Firma Aclaración

Director del Establecimiento: Firma Aclaración