

H4A - AUTORIZACIÓN DE PROFESIONALES PARA ABLACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

DATOS DEL PROFESIONAL

APELLIDO/S:.....
 NOMBRE/S:
 TIPO y N° DNI:
 NACIONALIDAD:.....
 MATRÍCULA PROVINCIAL N°: ESPECIALIDAD:
 MATRÍCULA NACIONAL N°:
 DOMICILIO: CALLE: N°..... LOCALIDAD: C.P
 PARTIDO: PROVINCIA:.....
 TELÉFONO:..... CELULAR:
 E-MAIL:.....

PRIMERA AUTORIZACIÓN RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA ABLACIÓN DE:

RIÑÓN Y URÉTER GLOBOS OCULARES *
 HÍGADO HUESO
 CORAZÓN, VASOS Y VÁLVULAS PIEL
 PÁNCREAS Y RENOPÁNCREAS OTROS:

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA

- FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TÍTULO PROFESIONAL.
- FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TÍTULO ESPECIALISTA.
- CV ABREVIADO.
- CERTIFICADO DE ÉTICA, EXPEDIDO POR EL COLEGIO PROFESIONAL DEL DISTRITO CORRESPONDIENTE (ORIGINAL).
- * FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DEL CURSO DE ABLACIÓN DE TEJIDOS OCULARES DEL CUCAIBA.
- MATRÍCULA PROVINCIAL (EN CASO DE ENFERMERO).

La presente solicitud reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada.
 Declaramos conocer y aceptar las normas legales vigentes sobre ablación e implante de órganos y tejidos.

La Plata, dede 20.....

SOLICITANTE:

FIRMA

ACLARACIÓN

COORDINADOR
 HOSPITALARIO:

FIRMA

ACLARACIÓN

DIRECTOR DEL
 SERVICIO PROVINCIAL
 DE PROCURACIÓN:

FIRMA

ACLARACIÓN