

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