

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
:			

Lugar: .....

Tengo el agrado de dirigirme a UD en mi carácter de Coordinador de Donante del Servicio Provincial de Procuración de CUCAIBA, perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires con el objeto de informarle que se ha constatado el fallecimiento de:

.....  
DNI Nro ..... a las:    horas del día:    de ..... de ..... en:

.....  
Servicio: ..... cama: ..... conforme a lo manifestado precedentemente y en base a lo ordenado por el Artículo 35 de la Ley 27.447, solicito a UD tenga a bien autorizar la ablación de:

- Corazón     Pulmones     Hígado     Riñones     Páncreas     Intestino  
 Bazo (para Histocompatibilidad)     Globos oculares    Otros tejidos: .....

dentro del plazo previsto por la Ley.

Acompaño la siguiente documentación respaldatoria:

- Certificado de fallecimiento
- Fotocopia de constancia de paro cardiorespiratorio
- Acta de autorización familiar (menores de 18 años)

Sin otro particular saludo a UD muy atentamente.

Firma y sello