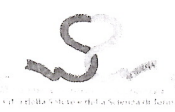


COPIA  
di P. Ol. 10/14/13

 Città della Salute di La Sapienza di Torino	<b>RESTITUZIONE DI TESSUTO TEGUMENTARIO</b>	Allegato 13 SOP-BC-PT-13 Rev.01 In vigore da 29 Aprile 2017 Valida fino a 29 Aprile 2022
--	---	---

**AL RESPONSABILE SANITARIO  
BANCA DELLA CUTE DI TORINO**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

Operante presso la seguente Struttura di Trapianto:

OSPEDALE \_\_\_\_\_

REPARTO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO\FAX PER COMUNICAZIONI URGENTI \_\_\_\_\_

Dichiara di non aver trapiantato/o trapiantato parzialmente il tessuto tegumentario per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

al paziente: \_\_\_\_\_

sottoposto a innesto di tessuto tegumentario  alloplastico /  autologo fornito dalla BC di Torino in data: \_\_\_\_\_

a seguito di nostra richiesta emessa in data: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si allega copia della documentazione clinica in merito.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*Handwritten signature*