

	<p style="text-align: center;"><b>RESTITUZIONE DI TESSUTO TEGUMENTARIO</b></p>	<p>Allegato 13 SOP-BC-PT-13 Rev.02 In vigore da 29 Aprile 2022 Valida fino a 29 Aprile 2027</p>
---	--	---

COPIA

29 APR. 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 eventuale copia della documentazione clinica in merito.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*Handwritten mark*