



RESTITUZIONE DI TESSUTO  
TEGUMENTARIO

Allegato 12  
SOP-BC-PT-13 Rev.03  
In vigore da 08 Giugno 2023  
Valida fino a 08 Giugno 2028

COPIA  
08 GIU. 2023

**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 \_\_\_\_\_