

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico</p> <p>PDTA TRAPIANTO DI RENE PAZIENTE ADULTO DA DONATORE CADAVERE /VIVENTE</p>	<p>Richiesta di valutazione di idoneità alla <u>donazione di un rene per trapianto renale terapeutico</u></p>	<p>R11/PDTA09 Rev. 0 Pag. 1/1 Data di applicazione 02/12/2020</p>
--	--	---

Al Centro Trapianti di Rene
Policlinico di Sant'Orsola
Via Massarenti, 9 – 40138 Bologna
Tel 051 214 4067 / 3249 – fax 051 344439
Mail: nefrolab@aosp.bo.it
PEC: listatrapiantorenebo@pec.aosp.bo.it

Io sottoscritto/a	
Cognome	Nome
Nato/a ail	
Codice Fiscale:	
Residente in:.....via.....	
Recapiti telefonici:.....	

Richiedo

di eseguire esami clinici laboratoristici e strumentali finalizzati all'accertamento della mia idoneità alla donazione di un rene a scopo di trapianto renale terapeutico al

Signor/a.....
nato/a ila.....
CF.....residente in.....
via.....n°.....
tel.....grado di parentela affetto/a da
insufficienza renale cronica in terapia medica/terapia dialitica presso il Centro Dialisi
di.....Indirizzo:.....
.....Telefono:.....

Nominativo del medico referente del Centro Dialisi:.....
.....e-mail:.....tel.....

Distinti saluti

Data,

Firma del candidato/a alla donazione
.....

Firma del ricevente del rene
.....