

Autorización para profesionales y equipos profesionales. Ley 24.193 y Decreto 512/95

La presente reviste carácter de Declaración Jurada

Datos del solicitante

Apellido/s:

Nombre/s:

Tipo de documento:

☐ DNI

☐ DNIM

☐ DNIF

☐ LE

☐ LC

☐ CI

☐ Pasaporte

Número:

Tipo y número de matrícula:

Especialidad médica:

Domicilio

Calle:

Nro:

Piso:

Dpto:

Localidad:

Provincia:

Partido/departamento:

CP:

Teléfono fijo:

Teléfono celular:

Correo Electrónico:

Gestiona autorización en calidad de:

☐ Jefe de Equipo

☐ Sub Jefe de Equipo

☐ Integrante de Equipo

☐ Médico Referente

☐ Jefe de Laboratorio HLA

☐ Sub Jefe de Laboratorio HLA

☐ Integrante de Laboratorio HLA

Dependiente de establecimiento:

☐ Público

☐ Privado

☐ Otros

Nombre oficial del establecimiento donde realizará las prácticas de trasplante:

Autorización para:

☐ ABLACIÓN

☐ IMPLANTE

☐ Riñón y Uréter

☐ Páncreas y Renopáncreas

☐ Membrana Amniótica

☐ CPH Autólogo y Alogénico Relacionado

☐ Intestino

☐ Homoinjertos Valvulares, Vasculares y Otros Tejidos

☐ CPH Alogénico no Relacionado

☐ Piel

☐ Laboratorio HLA

☐ Hígado

☐ Córneas

☐ Corazón

☐ Esclera

☐ Pulmón

☐ Tejido musculoesquelético y osteoarticular

Tipo de Trasplante:

☐ Adulto

☐ Pediátrico

Documentación que acompaña:

☐ Fotocopia autenticada de título profesional

☐ Fotocopia autenticada de título de especialista

☐ Antecedentes profesionales en castellano compuesto de _____ fojas

Declaramos conocer y aceptamos las normas legales y administrativas vigentes sobre ablación de órganos, tejidos y células:

Lugar:

Fecha:

/

/

(dd/mm/aaaa)

Solicitante:

Firma

Aclaración

Jefe de Equipo:

Firma

Aclaración

Director del Establecimiento:

Firma

Aclaración