

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi  Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna	MODULO DI AVVENUTO COUNSELLING Allegato 3 parte A	R04/IO13 Rev. 0 Applicato il: 18/10/2010
--	--	--

**N. della richiesta “AZIENDA UNITA’ SANITARIA LOCALE DI BOLOGNA
Ospedale Maggiore / U.O. Ostetricia/ anno 20____/n. _____”**

Generalità e dati anagrafici dei genitori

Cognome madre nome madre.....

Luogo e data di nascita

Cognome padre nome padre.....

Luogo e data di nascita

Si attesta che in data odierna è avvenuto il counselling, previsto dalla normativa nazionale in merito ad una corretta informazione sull’esportazione del sangue del cordone ombelicale per conservazione autologa, con:

.....

Il medico del CRT-ER

Firma del medico CRT-ER

.....

Bologna,