

	Modulo Attestazione Avvenuto Counseling	MOD-DG
	DIREZIONE GENERALE	Rev. 00 Del 29/01/2016

Punto nascita Ospedale di..... Anno..... N. progressivo:

Generalità e dati anagrafici dei genitori

Cognome madrenome madre.....

Luogo e data di nascita il / /

Residente a in via C.A.P.

n. telefono n. fax

Cognome padrenome padre.....

Luogo e data di nascita il / /

Residente a in via C.A.P.

n. telefono n. fax

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 Direttore Medico del Presidio Ospedaliero
sede del Punto Nascita (o suo delegato)

.....

Firma

Luogo e data,