

AZIENDA A.S.L. RM3

*P.O.G.B.Grassi
U.O.C. SIMT
Via Passeroni, 28 00122 Roma*

**MODULO RICHIESTA
Donazione SCO**

Cognome.....

Nome.....

Luogo di nascita

Comune.....Prov.....

Stato Estero.....Città.....

Recapiti

Tel. principale.....

Tel. Secondario.....

E mail.....

Dati gravidanza

Data presunta del parto.....

Ginecologo di riferimento.....

Andamento fisiologico gravidanza Si No

Specificare eventuali complicanze

.....
.....

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. 196/2003

Mail a servizio.trasfusionale@aslroma3.it

Fax 0656482149

Tel. 0656482457 dal lunedì al venerdì dalle ore 11.00 alle 13.00

Data.....Firma.....

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73-00125 Roma-