



**ARNAS GARIBALDI CATANIA
COORDINAMENTO LOCALE PER I TRAPIANTI**

Coordinatore locale Dott.ssa Ilenia Giusy Bonanno
Referente Dott. Stefano Bordoni



Certificazione prelievo di organi

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____,
(QUALIFICA) _____ Matricola _____,
dell'Azienda Ospedaliera _____ di _____

visto il verbale di accertamento della morte, redatto secondo quanto previsto dalla legge 29/12/1993 n. 578 e dal D.M. Sanità 11/04/2008

preso atto che sono state adempiute tutte le disposizioni di cui alla Legge 1 aprile 1999 n° 91 in merito alla non opposizione alle operazioni di prelievo di organi e tessuti,

Certifica che

il giorno _____ del mese di _____ dell'anno _____ alle ore ____:____ nei locali del blocco operatorio dell'Azienda Ospedaliera _____ di _____, si è proceduto sul cadavere del/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il ____/____/____,

al prelievo a scopo di trapianto terapeutico di:

Cuore	Fegato
Rene destro	Rene sinistro
Polmone destro	Polmone sinistro
Pancreas	Intestino
Cornea destra	Cornea sinistra
Cute	

Firma

