

ALLEGATO

Al MINISTERO DELLA SALUTE  
 Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria  
 Ufficio VIII  
 Via della Civiltà Romana, 7  
 00144 ROMA

Modulo per la domanda di

AUTORIZZAZIONE ALLA "ESPORTAZIONE DI CAMPIONE DI SANGUE  
 DEL CORDONE OMBELICALE PER USO AUTOLOGO"

1. Generalità e dati anagrafici dei genitori

Cognome..... nome.....  
 Luogo e data di nascita..... il...../...../.....  
 Residente a..... in via..... C.A.P.....  
 Cognome..... nome.....  
 Luogo e data di nascita..... il...../...../.....  
 Residente a..... in via..... C.A.P.....

2. Data presunta del parto

Il.....

3. Informazioni sul trasporto del campione di sangue cordonale

Data di spedizione.....  
 - valico di frontiera/aeroporto.....  
 - mezzo di trasporto.....  
 - paese estero di destinazione.....  
 - struttura sanitaria scelta per la conservazione.....

4. recapito presso il quale deve ad ogni effetto essere inviato il nulla osta ed ogni relativa comunicazione

comune..... provincia.....  
 via..... C.A.P..... tel..... fax.....

5. Al fine di ottenere l'autorizzazione all'esportazione del campione di sangue da cordone ombelicale (prelevato al momento della nascita del proprio figlio) per la conservazione ad uso autologo presso struttura estera, i sottoscritti genitori sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.,

d i c h i a r a n o

- che i dati sopra indicati corrispondono al vero,
- di avere preso visione dell'Ordinanza del Ministro della Salute del 4 maggio 2007: "Misure urgenti in materia di cellule staminali da cordone ombelicale" e di averne letto e compreso i riferimenti legislativi, le considerazioni e le indicazioni in materia ivi esposti.
- che la presente domanda è sottoscritta al solo fine di ottenere il nulla osta all'esportazione del campione di sangue cordonale per la conservazione presso banche operanti all'estero.

Allegati alla presente

- 1) attestazione da parte del Centro Nazionale Trapianti dell'avvenuto counselling,
- 2) certificazione della Direzione Sanitaria della struttura, sede del parto, attestante la negatività ai markers infettivologici (HBV-HCV-HIV) e la conformità del confezionamento del campione ai requisiti previsti dalle normative vigenti nazionali e regionali.

*I sottoscritti inoltre autorizzano codesto Ente, ai fini dell'espletamento della pratica, al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003,*

Luogo e data..... firma.....

firma.....

07A04289