



**MO-CB-010/3 COMUNICAZIONE DI AVVENUTO COLLOQUIO DI IDONEITA'**

**Coppia Donatrice:**

**Madre**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Data Presunta del Parto \_\_\_\_\_ Centro di Raccolta \_\_\_\_\_

**Padre**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

**Avvenuto colloquio**

SI

NO

**Medico che ha effettuato il colloquio:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

NB: Inviare il documento al seguente numero: **Fax:** 092521852

**e-mail:** [posciacca.bancacordone@aspag.it](mailto:posciacca.bancacordone@aspag.it)