

	<b>Comunicazione avvenuto colloquio di idoneità</b>	<b>M 07 610</b>	
		Ed 02 Rev. 01 del 23/04/2020	Pagina 1 di 1
U.O.C. Medicina Trasfusionale P.O. Giovanni Paolo II SCIACCA Direttore <b>Dott. Pasquale Gallerano</b>			

**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 \_\_\_\_\_

-----  
**PARTE DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE SANITARIO**

**Avvenuto colloquio:**  SI  NO

**GIUDIZIO FINALE DI ELEGGIBILITÀ/NON ELEGGIBILITÀ** la madre donatrice/la coppia è ritenuta :

IDONEA  INIDONEA

**Personale sanitario che ha effettuato il colloquio:**

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

Struttura di appartenenza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



NB: Inviare il documento al seguente numero: Fax: 0925 21852

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

Per maggiori informazioni contattare la Banca del Sangue Cordonale di Sciacca cell.3357391293