

ALLEGATO

AL MINISTERO LAVORO, DELLA SALUTE
E DELLE POLITICHE SOCIALI
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Ufficio VIII
Via Giorgio Ribotta, 5
00144 ROMA

*Modulo per la domanda di***AUTORIZZAZIONE ALLA ESPORTAZIONE DI CAMPIONE DI SANGUE
DEL CORDONE OMBELICALE AD 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 del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 26 febbraio 2009:**
"Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del 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

09A02351

