

## Autorización para profesionales y equipos profesionales. Ley 27.447

La presente reviste carácter de declaración jurada

### Datos del solicitante

Apellido/s:

Nombre/s:

Tipo de documento:  DNI  DNIM  DNIF  LE  LC  CI  Pasaporte Número:

Tipo y N° de matrícula:  Especialidad médica:

### Domicilio

Calle:  Nro:  Piso:  Dpto:

Localidad:  Provincia:

Partido/departamento:  CP:

Teléfono fijo:  Tel. celular:

Correo Electrónico:

### Gestiona autorización en calidad de

- Jefe de Equipo  Sub Jefe de Equipo  Integrante de Equipo  Médico Referente  
 Jefe de Laboratorio  Sub Jefe de Laboratorio HLA  Integrante de Laboratorio HLA  Médico Ablacionista

### Dependiente de establecimiento

- Público  Privado  Otro

Nombre oficial del establecimiento donde realizará las prácticas de trasplante:

### Autorización para

- ABLACIÓN  IMPLANTE
- Riñón y Uréter  Páncreas y Renopáncreas  Membrana Amniótica
- CPH Autólogo y Alogénico Relacionado  Intestino  Homoinjertos valvulares, Vasculares y Otros Tejidos
- CPH Alogénico no Relacionado  Piel  Laboratorio HLA
- Hígado  Córneas  -----
- Corazón  Esclera  -----
- Pulmón  Tejido musculoesquelético y osteoarticular  -----

Tipo de Trasplante  Adulto  Pediátrico

### Declaramos conocer y aceptamos las normas legales y administrativas vigentes sobre ablación de órganos, tejidos y células

Lugar:

Fecha:  /  /  (dd/mm/aaaa)

Solicitante: -----  
Firma

-----  
Aclaración

Jefe de Equipo: -----  
Firma

-----  
Aclaración

Director del Establecimiento: -----  
Firma

-----  
Aclaración