

## Autorización para profesionales para Laboratorios de HLA. 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:  Profesión:

### Domicilio

Calle:  Nro:  Piso:  Dpto:

Localidad:  Provincia:

Partido/departamento:  CP:

Teléfono fijo:  Tel. celular:

Correo Electrónico:

### Gestiona autorización en calidad de

Jefe Médico  Subjefe Médico  Técnico

Nombre oficial del establecimiento donde realizará las prácticas de trasplante

### Datos del Laboratorio

Calle:  Nro:

Localidad:  Provincia:

Partido/departamento:  CP:

Teléfono fijo:  Fax:

Correo Electrónico:  Web:

Nombre del establecimiento al que pertenece:

Jurisdicción:  Público  Privado

### Dependencia

Nacional  Fuerzas Armadas  Obra Social  
 Municipal  Fuerzas de Seguridad  
 Provincial  Universitaria

Declaramos conocer y aceptamos las normas legales y administrativas vigentes sobre estudios de histocompatibilidad

Lugar:  Fecha:  /  /  (dd/mm/aaaa)

Solicitante: .....  
Firma

.....  
Aclaración

Jefe del Laboratorio: .....  
Firma

.....  
Aclaración

Director del Establecimiento: .....  
Firma

.....  
Aclaración