

Spett.le  
GITMO

Luogo....., data.....(gg/mm/aa)

**Oggetto: Iscrizione di un nuovo Programma Trapianti al GITMO**

Con la presente, il sottoscritto Prof/Dr....., Direttore del Programma Trapianti  
**CIC (se disponibile).....**

Denominazione completa.....  
.....  
.....

Responsabile unità clinica: Dr.....  
Responsabile unità di raccolta CSE da PB: Dr.....  
Responsabile unità di raccolta CSE da MO: Dr.....  
Responsabile unità di processazione CSE: Dr.....  
Data Manager: Dr.....

in possesso di **Autorizzazione Regionale** per lo svolgimento di attività di trapianto autologo di seguito specificata

**Tipologia di attività:** adulto  pediatrico

**Modello organizzativo:** PT singolo  PT singolo misto  PT congiunto\*  PT metropolitano\*

**Sorgente CSE utilizzate:** PBSC  BM  CB

(\*se PT congiunto/metropolitano, allegare elenco delle Unità satelliti e relativi Responsabili specificando, per ciascuna unità satellite, tipologia di attività e sorgenti CSE utilizzate)

**CHIEDE**

l'iscrizione del PT sopra indicato al GITMO.

Cordiali saluti

.....  
Firma

-----  
Si conferma iscrizione al GITMO avvenuta in data.....

**Si invita il PT a compilare la survey GITMO collegandosi a <https://manage.gitmo.it/register>, e ad aggiornare i propri dati qualora intervenissero variazioni**

.....  
Segreteria Nazionale GITMO

**MODULO 1 (Vers. 01/21). Iscrizione di un nuovo PT al GITMO**