

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