

Spett.li
GITMO e CNT

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

Oggetto: Richiesta Accreditamento GITMO-CNT per il Trapianto Autologo

Con la presente, il sottoscritto Prof/Dr....., Direttore del Programma Trapianti CIC.....

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

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

Avendo effettuato N°.primi trapianti autologhi dal.....al.....

*Se PT congiunto o metropolitano, specificare numero trapianti per Unità clinica:

Denominazione Unità clinica	N° primi trapianti	Dal gg/mm/aa al gg/mm/aa

e avendoli registrati nel database EBMT come da SOP GITMO-CNT in vigore

CHIEDE

l'Accreditamento GITMO-CNT per il Trapianto Autologo.

Cordiali saluti

.....
Firma

MODULO 2 (Vers.01/21).Richiesta Accreditamento GITMO-CNT trapianto AUTOLOGO