

Spett.li  
GITMO e CNT

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

**Oggetto: Richiesta Accreditamento GITMO-CNT per il Trapianto Allogénico**

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 allogénico 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 allogénici dal.....al.....

\*Se PT congiunto o metropolitano, specificare numero trapianti allogénici 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 Allogénico

Cordiali saluti

.....  
Firma

**MODULO 4 (Vers.01/21). Richiesta Accreditamento GITMO-CNT trapianto ALLOGENICO**