

MODELLO B

**ALL'U.O. PATOLOGIA CLINICA II - Laboratorio Tipizzazione Tessutale
A.O. OSP. POLICLINICO-CONSORZIALE BARI**

RICHIESTA PER PRESTAZIONI AD ACCESSO DIRETTO

➤ *RICERCA ANTICORPI ANTI-HLA di CLASSE I e II*

Inserimento nella lista d'attesa regionale pugliese per trapianto di rene

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Residenza	ASL	Firma
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

MEDICO RICHIEDENTE _____

STRUTTURA DI APPARTENENZA _____

TEL: _____ FAX: _____

li ____/____/____

Firma del Medico
