

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	AUTORIZZAZIONE ALLA DISTRUZIONE DI GAMETI (FEMMINILI / MASCHILI) CRIOCONSERVATI	AST_PMA_560_Ed03
		Approvazione: Responsabile SSD Fisiopatologia della Riproduzione Umana - PMA
		Data di Emissione: 17.02.2023

DATI ANAGRAFICI *(compilare in stampatello)*

Nome:

Cognome:

Data di nascita: Luogo di nascita:

Nazionalità: ☐ italiana ☐ altro: Lingua parlata, se non italiano:

Residente in via n. civico

Città: Prov.: CAP:

Tel. E-mail:

CODICE FISCALE:

Io sottoscritta/o,

CHIEDO al Centro PMA ASST Santi Paolo e Carlo

LA DISTRUZIONE DEI GAMETI : ☐ FEMMINILI ☐ MASCHILI

CRIOCONSERVATI CON PROCEDURA ESEGUITA IN DATA

Si allega copia di documento d'identità.

Data:

Firma dell'interessata/o/i:
(nel caso di minore, firme dei genitori)

Firma, timbro o matricola del medico/biologo:

Eventuale Interprete/Testimone *(nome, cognome e firma)*: