Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	**AUTORIZZAZIONE ALLA DISTRUZIONE DI GAMETI (FEMMINILI / MASCHILI) CRIOCONSERVATI**	**AST_PMA_560_Ed03**
		Approvazione: Patrizia SULPIZIO

Nome Cognome Paziente: ..... Luogo e data di nascita: .....

Nazionalità: ❑ italiana ❑ altro: ..... Lingua parlata, *se non italiano*: .....

Io sottoscritta/o,

CHIEDO

LA DISTRUZIONE DEI GAMETI ☐ FEMMINILI ☐ MASCHILI CRIOCONSERVATI in data: ……..

Allego copia del documento d'identità

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

.....

Firma, timbro o matricola del medico/biologo ..... **U.O**: .....

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