

**Richiesta di valutazione di idoneità
all'immissione in lista di attesa per trapianto
renale da cadavere**

Al Centro Trapianti di Rene
Policlinico di Sant'Orsola
Via Massarenti, 9 – 40138 Bologna
Tel 051 214 4067 / 3249 – fax 051 344439
Mail: nefrolab@aosp.bo.it
PEC: listatrapiantorenebo@pec.aosp.bo.it

Io sottoscritto/a

Cognome Nome

Nato/a a

ilCodice Fiscale:

Residente in:.....via.....

Recapiti telefonici ed e-mail :.....

affetto da insufficienza renale cronica terminale, in trattamento:

Emodialitico Dialisi peritoneale Terapia medica conservativa

presso la Nefrologia e Dialisi di:.....

Indirizzo:.....

Telefono:.....

Medico Referente:.....Tel.....e-mail:.....

CHIEDO

di essere valutato/a per l'idoneità all'immissione in lista di attesa per trapianto renale da **donatore**
cadavere presso il Centro Trapianti di Rene di Bologna.

Autorizzo pertanto il Servizio di Nefrologia e Dialisi di

.....a trasmettere i propri dati al Centro Trapianti di Bologna.

Distinti saluti

Data,

Firma del/la paziente

.....