**AUTORIZZAZIONE ALL’ESPORTAZIONE DI CAMPIONE DI SANGUE DEL**

**CORDONE OMBELICALE AD USO AUTOLOGO**

**VISTO l’Accordo Stato Regioni del 29 Aprile 2010**

**VISTA la richiesta presentata da:**

Sig.ra …………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Sig. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

tesa ad ottenere l’autorizzazione ad esportare, per la conservazione presso la Banca

 Hematos Cryo SmartBank InScientia Fides Swiss Stem Cells Bank

 Bioscience Institute Future Health Cryo Save AG ……………………………………

 del campione di sangue da cordone ombelicale del proprio figlio/a;

 **PRESO ATTO della:**

* negatività ai marcatori infettivologici;
* corretta compilazione del modulo informativo di counselling e dell’attestata comprensione da parte della madre/genitori delle informazioni in esso contenute;
* rispondenza dei dispositivi e delle procedure di prelievo ai requisiti previsti dalle normative vigenti ivi inclusi quelli in materia di sicurezza degli operatori;
* rispondenza delle procedure di confezionamento del campione ai requisiti previsti in materia di spedizione e trasporto di materiali biologici, nel rispetto delle normative vigenti.

 **SI AUTORIZZA**

 l’esportazione del campione di sangue da cordone ombelicale, come da richiesta, presso la Banca sopracitata di

 Inghilterra Belgio S. Marino Svizzera …………………………

Il trasporto via corriere, identificato dalla Banca stessa, avverrà a mezzo aereo corriere …………

con partenza da ………………………… presumibilmente in data ………………………….. (data presunta del parto).

 **Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La Direzione Sanitaria Firma**