Data…….

Gent.mo. Dr.
Giovanni M. Frascà
Direttore
U.O. di Nefrologia e Dialisi
Azienda Ospedali Riuniti - Ancona

Io sottoscritto _____

nato a_____il _____

Codice Fiscale

residente a_____(_____)

via_____

recapiti telefonici_____

affetto da insufficienza renale cronica terminale ed in trattamento

❏emodialitico ❏dialisi peritoneale

presso il Centro Dialisi di_____

Telefono Centro_____

CHIEDE

di essere valutato per idoneità all'immissione in lista di attesa per trapianto renale da donatore cadavere.

Firma