

DICHIARAZIONE DEL DENTISTA

Il sottoscritto Dr., laureato in
....., a, titolare dello studio
odontoiatrico sito a in via,
con domanda di autorizzazione presentata in data .../.../....., ai sensi del LR n°2200,
dichiara che il donatore è stato
sottoposto a terapie odontoiatriche nel rispetto delle norme igienico sanitarie atte a prevenire
la trasmissione delle infezioni, secondo quanto previsto dal Manuale dell'autorizzazione-
delibera GR n° 2200 del 24/10/2000.

Data

TIMBRO E FIRMA

In fede

Se trattasi di studio associato:

Il sottoscritto Dr., laureato in
....., a, in qualità di
Direttore sanitario della struttura sita a in via
....., con domanda di autorizzazione presentata in data
.../.../....., ai sensi del LR n°2200, dichiara che il donatore
..... è stato sottoposto a terapie
odontoiatriche nel rispetto delle norme igienico sanitarie atte a prevenire la trasmissione delle
infezioni, secondo quanto previsto dal Manuale dell'autorizzazione-delibera GR n° 2200 del
24/10/2000.

Data

TIMBRO E FIRMA

In fede

<p>N.B. per il donatore Il presente certificato deve essere richiesto al termine delle cure dentarie. Da quella data inizia il conteggio dei tre mesi prima della donazione.</p>
