



P.T. 'F.Jaia' Conversano (BA)
U.O. di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e P.M.A.
Responsabile: Dr. Giuseppe D'Amato
Via E. De Amicis, 15 - 70014 Conversano (BA)
Tel.: 080-4091269 - Cell. 3358762903 - Fax: 080-4091275
pmaconversano@asl.bari.it
laboratoriopma@asl.bari.it

AUTORIZZAZIONE ALL'ELIMINAZIONE DEL PROPRIO CAMPIONE SEMINALE CRIOCONSERVATO
O ALLA DONAZIONE AI FINI DI RICERCA

Con la presente autorizzazione si richiede **copia allegata di un documento d'identità in corso di validità** del sottoscrittore.

Ai sensi del disposto della Legge 40/2004, dei Decreti del ministero della Salute del 21/07/2004 e n° 200 del 26/8/2004, in materia di Procreazione Medicalmente Assistita

Io sottoscritto Sig.

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ (prov- _____) il _____

Documento _____ Numero _____ rilasciato dal Comune di _____

Residente in _____ (prov. _____) CAP _____

Via _____ n. _____ tel./cell. _____

Indirizzo mail _____

richiedo che il campione seminale fino ad oggi conservato in stato di crioconservazione presso la banca di questa U.O., venga:

eliminato

oppure

donato ai fini di ricerca

La sottoscrizione del presente documento esprime infatti la mia piena e consapevole volontà di rinunciare ad un futuro scongelamento per ciclo di fecondazione assistita.

Io sottoscritto **autorizzo questa U.O. all'eliminazione/utilizzo ai fini di ricerca del mio campione seminale crioconservato.**

Il sottoscritto, preso atto del D.Lgs. 196/03 e s.m.i., autorizza la **ASL Bari** al trattamento dei dati personali che lo riguardano; tale trattamento, cautelato da opportune misure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi, avverrà esclusivamente per finalità legate alla prestazione ad erogarsi. Inoltre dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità degli atti.

Data: _____

Firma del sottoscrittore: _____

La presente autorizzazione opportunamente compilata, potrà essere recapitata, nelle seguenti modalità:

1. a mano presso la nostra Unità Operativa;
2. via mail tramite: PEC distretto12.aslbari@pec.rupar.puglia.it o email segreteria.dss12@asl.bari.it;
3. raccomandata AR o posta ordinaria da inviare al seguente indirizzo: Segreteria DSS12 Via De Amicis 31, 70014 Conversano (BA).