

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dipendente della Presidenza del  
Consiglio dei Ministri, in servizio presso \_\_\_\_\_

chiede la donazione di numero \_\_\_\_\_ unità di sangue per:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_

(grado di parentela) \_\_\_\_\_

Ricoverato/a presso \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna a produrre, entro dieci giorni, la richiesta dell'Ospedale con l'indicazione del tipo di intervento effettuato, il gruppo sanguigno e la certificazione del grado di parentela dell'assistito/a.

Si impegna, inoltre, entro trenta giorni dall'intervento, al reintegro delle unità di sangue concesse.

Roma,

IL RICHIEDENTE