

DECLARAÇÃO DE DESLOCAÇÃO OBRIGATÓRIA

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Cartão de Cidadão: _____

Para os devidos efeitos declaro a necessidade de deslocação ao **Centro de Sangue e Transplantação do Porto – Área da Transplantação**, sito na Rua de Bolama, 133 – 4200-139 Porto, a fim de efetuar:

- Análises Clínicas no âmbito do Programa Nacional de Transplantação

- Acompanhar um Doente

- Testes de Compatibilidade como Dador de Medula Óssea de Painel

Porto, ____/____/____

Assinatura: _____