

DECLARAÇÃO DE DESLOCAÇÃO OBRIGATÓRIA

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Cartão de Cidadão: _____

Para os devidos efeitos declaro a necessidade de deslocação a:

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

Porto, ____/____/____

Assinatura: _____