

## RICHIESTA DI CONVENZIONE

Al Direttore Generale AULSS 8 Berica  
Viale Rodolfi, 37  
36100 VICENZA

Al Direttore di Dipartimento Interaziendale  
di Medicina Trasfusionale (DIMIT) di Vicenza

Il/La sottoscritto/a .....in qualità di  
Legale rappresentante di.....chiede il  
convenzionamento e la conseguente concessione di delega alla produzione ed utilizzo  
dell'emocomponente per uso topico/infiltrativo/intra-articolare  
.....di origine autologa fornendo i dati relativi alle seguenti  
specifiche:

- estremi identificativi della struttura sanitaria: denominazione – indirizzo – codice fiscale/partita IVA – tipologia della struttura;
- estremi autorizzazione a svolgere l'attività sanitaria;
- campo di applicazione (scopo di applicazione e finalità di cura);
- regime di trattamento (ambulatoriale – day hospital – day surgery – ricovero ordinario);
- luogo ove avverrà la produzione di emocomponente ad uso topico;
- luogo ove avverrà l'applicazione di emocomponente ad uso topico;
- numero stimato di applicazioni/anno;
- metodica utilizzata con allegata documentazione del sistema di produzione che si intende utilizzare: protocollo di preparazione, dichiarazione di conformità e certificazione della ditta che definiscano il dispositivo medico autorizzato per l'uso specifico (*device*), secondo il decreto legislativo 24 febbraio 1997, n 46 (classe IIa o superiore) oltre al marchio CE;
- dichiarazione dell'azienda fornitrice del *device* che attesti l'avvenuta formazione del personale sanitario coinvolto.
- responsabile della produzione dell'emocomponente per uso topico (nominativo e titoli);
- altro personale addetto alla produzione di emocomponente ad uso topico (nominativi e titoli);
- referente clinico che si interfaccia con il SIT di riferimento (nominativo e titoli)

Data .....

Firma e timbro .....

Responsabile del Procedimento: Dr. Francesco Fiorin

Referente procedura: Dott.ssa Alessandra Sandini

Segreteria di Direzione Tel.0444-753574/757094 e-mail: [servizio.immunotrasfusionale@aulss8.veneto.it](mailto:servizio.immunotrasfusionale@aulss8.veneto.it)

