



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](mailto:pmaconversano@asl.bari.it)  
[laboratoriopma@asl.bari.it](mailto:laboratoriopma@asl.bari.it)

**AUTORIZZAZIONE ALL'ELIMINAZIONE DEI PROPI OVOCITI CRIOCONSERVATI**  
**O ALLA LORO DONAZIONE AI FINI DI RICERCA**

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

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 sottoscritta Sig.ra

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

Nata a \_\_\_\_\_ (prov- \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

richiedo che gli ovociti fino ad oggi conservati in stato di crioconservazione presso la banca di questa U.O., vengano:

**eliminati**

*oppure*

**donati ai fini di ricerca**

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

Io sottoscritta **autorizzo questa U.O. all'eliminazione/utilizzo ai fini di ricerca dei miei ovociti crioconservati.**

Il sottoscritta, 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 della sottoscrittente: \_\_\_\_\_

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](mailto:distretto12.aslbari@pec.rupar.puglia.it) o email [segreteria.dss12@asl.bari.it](mailto: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).