AUTORIZAÇÃO

Eu,_____, RG nº _____, responsável legal por _____ RG nº _____, o/a autorizo a doar sangue na Seção Técnica de Hemoterapia da Divisão Hemocentro do Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, e estou ciente de que seu sangue será submetido a testes elencados abaixo, conforme exigências por lei e normas técnicas vigentes do Ministério da Saúde:

- Imunohematológicos (grupo sanguíneo ABO e Rh);
- Sorológicos (Hepatites B e C, Sífilis, Doença de Chagas, HIV e HTLV),
- Teste de Solubilidade (Teste de Itano)

Eu, representante legal, estou ciente de que o Hemocentro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu atua segundo a LGPD (lei geral de proteção de dados pessoais no 13.709/18).

Botucatu, _____ de _____ de 20____.

_____

NOME COMPLETO E LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL LEGAL PELO CANDIDATO À DOAÇÃO