



Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Mail _____

COMPILARE SOLO LA SEZIONE DI INTERESSE*

Rinnovo periodico

Io sottoscritto _____ dichiaro di voler rinnovare per **tre (3)**
anni il deposito del mio liquido seminale crioconservato in data

*(fare riferimento **sempre** al giorno, mese, anno della crioconservazione)*

La prossima scadenza sarà il _____

(giorno, mese della crioconservazione, anno successivo a quello di scadenza)

Firma leggibile

data _____

Rinuncia alla Crioconservazione

Io sottoscritto _____ dichiaro di non voler
rinnovare il deposito del mio liquido seminale crioconservato in data _____

Autorizzo quindi l'eliminazione del campione.

Firma leggibile

data _____

***Da presentare secondo modalità indicate nell'INFORMATIVA. In caso di invio con raccomandata A.R. oppure per e-mail allegare sempre copia documento identità valido.**