**Trazabilidad:**

Fecha: ………………………………………

(DÍA/MES/AÑO)

Señor(a) Doctor(a)

**……………………………………………………………**

**Director(a) Ejecutivo/a**

Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células

Presente.-

De mi consideración:

Yo, ………………………………………………………………………………. Con cc: ……………………………………….;

NÚMERO DE CÉDULA

(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)

solicito a usted, sírvase autorizar el proceso de donación en vida con donante en vida relacionado, entre:

Receptor: ……………………………………………………………………. Cc:………………………………

(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)

Donante: ……………………………………………………………………. Cc:………………………………

(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)

Relación de parentesco: ………………………………………………

Para el efecto, adjunto toda la documentación requerida para este proceso.

Me comprometo a dar cumplimiento a todas las regulaciones descritas en la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, su Reglamento general y demás normativas emitidas por el INDOT.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

Firma del solicitante: …………………………………

Nombre del solicitante: ………………………………

cc:………………………….