

A: **CENTRO REGIONALE SANGUE (CRS)** \_\_\_\_\_  
E.mail:

Per successivo inoltro a:

**STATO MAGGIORE DELLA DIFESA**  
**ISPETTORATO GENERALE DELLA SANITA' MILITARE**  
Ufficio di Direzione e Coordinamento del Servizio Trasfusionale Militare  
mail: [stamadifesa@smd.difesa.it](mailto:stamadifesa@smd.difesa.it) - [trasfusionale@igesan.difesa.it](mailto:trasfusionale@igesan.difesa.it)

**ALLEGATO A: SCHEMA DI RICHIESTA**

SIMT ..... PER ST/UdR (ASSOC.DON.) RICHIEDENTE.....

1.  Richiesta autorizzazione raccolta presso Enti/Comandi militari (compilare tabella sottostante)

DATA	ENTE/COMANDO MILITARE	LOCALITA' e PROVINCIA	UNITA' MOBILE	N. DONATORI PREVISTI

DATA

FIRMA E TIMBRO SIMT