Eu, ..., Enucleador do Hospital _____

Declaro que li as orientações do Manual de Captação de Tecidos Oculares emitido pelo Banco de Olhos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

Informo que conheço e me responsabilizo pelos cuidados dos profissionais contratados no transporte dos tecidos oculares e das amostras de sangue até o recebimento pelo Banco de Olhos.

....., ... de ..... de 202....

.....

Nome completo / COREN nº