



Registro Clinico Italiano delle Metastasi Polmonari

Alla Cortese Attenzione del
Dr. Andrea Droghetti
Coordinatore ReCIMP

Domanda di Accreditamento

Io sottoscritt _____
(cognome e nome)

nat_ a _____ il ____/____/____
(luogo di nascita) (data di nascita)

_____/_____/_____
(telefono) (cellulare) (email)

in qualità di referente/responsabile della struttura complessa di

(struttura complessa)

Direttore _____
(nome e cognome direttore della struttura complessa)

dell'ospedale _____
(denominazione e ospedale)

(indirizzo ospedale)

(cap) _____ (comune) _____ (provincia)

CHIEDO

L'arruolamento della struttura complessa, da me rappresentata, quale centro accreditato all'inserimento dei dati dei propri pazienti nel "Registro Clinico Italiano delle Metastasi Polmonari"

Note: _____

_____, lì _____
(luogo) (data) (firma)

Il sottoscritto dichiara di assumersi ogni responsabilità circa la veridicità dei dati da me forniti senza alcuna pretesa a qualunque titolo. Il sottoscritto rilascia esplicito consenso al trattamento dei dati ai sensi della D. Lgs. 196/03.

(firma)



La presente domanda dovrà essere inviata via Fax al numero 0376201769/201959 alla cortese attenzione Dr. Andrea Droghetti.

Comitato Scientifico

Coordinatore Comitato Scientifico:

Dott. Andrea Droghetti (Mantova)

Vice - Coordinatore Comitato Scientifico:

Dott. Pier Luigi Flosso (Torino)

Segretario e referente di area sud-isole:

Dott.ssa Angela De Palma (Bari)

Referente di area nord-ovest &

Responsabile Implementazione Sito Web:

Dott.ssa Lidia Libretti (Milano)

Referente di area nord-est:

Dott. Stefano Sanna (Forlì)

Referente di area centro:

Dott.ssa Maria Letizia Vita (Roma)

Supervisore Scientifico Registro:

Prof. Ugo Pastorino (Milano)

Dott. Marcello Carlo Ambroggi (Pisa)

Dott. Alessandro Bandiera (Milano)

Dott. Giuseppe Cardillo (Roma)

Dott. Christian Casali (Modena)

Dott. Niccolò Daddi (Perugia)

Dott. Sergio Nicola Forti Parri (Bologna)

Dott. Gianluca Guggino (Napoli)

Dott. Luca Luzzi (Siena)

Dott. Giuseppe Marulli (Padova)

SEDE: Azienda Ospedaliera Carlo Poma
c/o Struttura Complessa di Chirurgia Toracica
Strada Lago Paiolo 10 – 46100 Mantova
Tel: 0376/201958
Segr. e Fax: 0376/201959
Fax: 0376/201769

info@recimp.it