



**Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare**  
Italian Society for Angiology and Vascular Medicine

## DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE DI ECCELLENZA PER LE STRUTTURE SANITARIE DI ANGIOLOGIA

Il sottoscritto Prof/Dott \_\_\_\_\_

Responsabile della seguente **struttura sanitaria**:

- UNITA' OPERATIVA COMPLESSA \_\_\_\_\_
- UNITA' OPERATIVA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE \_\_\_\_\_
- UNITA' OPERATIVA SEMPLICE \_\_\_\_\_
- LABORATORIO DI DIAGNOSTICA VASCOLARE \_\_\_\_\_
- AMBULATORIO SPECIALISTICO TERRITORIALE \_\_\_\_\_
- STUDIO PRIVATO \_\_\_\_\_

Azienda Ospedaliera \_\_\_\_\_ Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_

Con **sede** in:

Città \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Inoltra domanda di accreditamento professionale di eccellenza per la propria struttura alla Società Italiana di Patologia Vascolare.

Allega:

- Curriculum vitae del Responsabile della Struttura;
- Copia di un documento di identità
- Copia del bonifico bancario di euro 1000 intestato a  
SIAPAV IBAN IT85P0306905082113300308244  
Causale: Ufficio Accreditamento

Li, \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il modulo deve essere inviato in originale alla segreteria SIAPAV , ufficio Accreditamento, GC Congressi – I-00195 Roma via P. Borsieri, 12 Tel +39-6-3729466 Fax +39-6-37352337 e-mail: segreteria@siapav.it