CENTRO PER LA CURA DELL'EPILESSIA AD INDIRIZZO MEDICO

□ assetto "BASE" □ assetto "AVANZATO"

SCHEDA DA COMPILARE PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

COMPILARE E TRASMETTERE ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO DIGITALE
NON SARANNO ACCETTATE SCHEDE COMPILATE A MANO

Tutti i campi sono obbligatori (*salvo dove diversamente indicato*)

Dizione centro_____

_____

Collocazione (ente di appartenenza) _____

_____

_____

_____

Indirizzo (completo di CAP) _____

_____

Giorni/orari di apertura del centro per i pazienti _____

_____

Telefono (possibilmente diretto) _____

Fax (se disponibile) _____

E-mail _____

Sito web (se disponibile) _____

Responsabile del centro

a) allegare CV, produzione scientifica ed autocertificazione che attesti l'appartenenza alla L.I.C.E. e la partecipazione alle attività della società come indicato nelle Linee Guida.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

b) specificare se il Responsabile andrà in quiescenza nell'arco del triennio di riconoscimento (se sì, indicare il mese/anno da cui decorrerà la quiescenza ed il nominativo di chi subentrerà nel ruolo di Responsabile fino alla scadenza)

Elenco del personale del centro (allegare i CV, la produzione scientifica ed un'autocertificazione del Responsabile che attesti l'appartenenza alla L.I.C.E. e la partecipazione alle attività della società del personale medico come indicato nelle Linee Guida)

Storia del centro

Dotazione strumentale, di laboratorio e di servizi

Organizzazione dell’assistenza

Volumi di attività

Specificità per l'età pediatrica

Requisiti supplementari (esclusivamente per i Centri con assetto "avanzato")

LICE
Lega Italiana contro l'Epilessia