



Vats Group

CONSIGLIO DIRETTIVO

**Fondatore e Presidente
Onorario**

R. Crisci (L'Aquila-Teramo)

Responsabile Scientifico

C. Curcio (Napoli)

Coordinatori Scientifici

D. Amore (Napoli)
A. Bertani (Palermo)
A. Gonfiotti (Firenze)

Referenti di Area

Nord Italia

A. Morelli (Udine)

Centro Italia

L. Voltolini (Firenze)

Sud Italia

M. Turchini (S. G. Rotondo)

Referente Biostatistico

L. Bertolaccini (Ravenna)

Referente Progetto ERAS

A. Droghetti (Mantova)

Comitato Scientifico

S. Nicotra (Padova)
D. Tosi (Milano)
A. Rinaldo (Milano)
C. Andreotti (Roma)
P. Campese (Chieti)
L. Andriolo (Lecce)
D. Divisi (Teramo)
F. P. Caronia (Palermo)

Comitato di Accesso

A. Morelli (Udine)
L. Voltolini (Firenze)
M. Turchini (S. G. Rotondo)

*Alla Cortese Attenzione del
Consiglio Direttivo VATS Group*

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO

Il sottoscritto _____
(cognome e nome)

in qualità di referente della struttura complessa di

Direttore _____

Dell'ospedale _____

Via _____

Città _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Fax _____

E-Mail _____

Chiede l'arruolamento della struttura da me rappresentata quale Centro Accreditato all'inserimento dei dati dei propri pazienti nel "Registro Nazionale VATS Lobectomy".

Numero presunto di VATS Lobectomy/anno del Centro _____

Data _____ Firma _____

Con la presente io ed il centro che rappresento si impegnano sulla qualità e veridicità dei dati forniti. Rilascio inoltre esplicito consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs 196/03.

Firma _____

**La presente domanda dovrà essere inviata via Fax al numero 0861/429478
alla cortese attenzione del Prof. Roberto Crisci.**