



AMBULATORIO PER LA CURA DELL'EPILESSIA

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.
