



## **CENTRO PER LA CURA DELL'EPILESSIA AD INDIRIZZO MEDICO**

**assetto "BASE"**       **assetto "AVANZATO"**

### **SCHEMA DA COMPILARE PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Dizione, collocazione, indirizzo del centro

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Responsabile del centro (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.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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 )

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





### Volumi di attività

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Specificità per l'età pediatrica

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Requisiti supplementari (esclusivamente per i Centri con assetto “avanzato”)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---