**Domanda di candidatura per centro di alta specializzazione e per il training SICCR**

Il sottoscritto dott. ………………………………………………………….

nato a …………………… il ………………………………

residente in………………………………………….. via…………………………………………..

Tel……………………………………… e-mail……………………………….

Struttura di appartenenza………………………………………………………………………..

Reparto……………………………………………………

Socio SICCR dal……………………………………………

Chiede

l’Accreditamento di un Centro ad Alta Specializzazione e per il Training per1 :

1. …………………………………………………………..

A tal proposito allega:

* Curriculum Vitae e studiorum attestante la particolare competenza nel settore
* Elenco delle pubblicazioni, negli ultimi 5 anni, nel settore richiesto.
* Certificazione del numero interventi o esami effettuati pari o superiore al numero richiesto dalla società per l’accreditamento, certificato dalla direzione sanitaria.
* Attestazione della presenza degli altri criteri richiesti per l’accreditamento2
* Breve descrizione del programma di training

Possibilità di ospitare i discenti

no ⃝ si ⃝ presso ospedale ⃝ presso altra struttura ⃝

N di discenti per sessione …….

N giorni di training ……. Consecutivi ⃝ non consecutivi ⃝

Date presunte ……………………….

Possibilità di accedere alla sala operatoria ed ai reparti e/o ambulatori3

no ⃝ si ⃝

Possibilità di partecipare attivamente e di eseguire gli interventi/esami/trattamenti o parte di essi

no ⃝ si ⃝

Fornitura di supporti audiovisivi e altro materiale didattico4

no⃝ si ⃝

ECM4

no⃝ si ⃝

*-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

*1 E’ possibile richiedere l’accreditamento per un massimo di 3 patologie/tecniche compilando una domanda per ogni richiesta diversa*

*2 Vedi all 1*

*3 Vincolante*

*4 Non vincolante*