

CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

Numero di protocollo del documento

01/2025 Prot Ch. Generale
del 10/02/2025

Alla SICOB: Società Italiana di Chirurgia
dell'Obesità e delle malattie metaboliche

e.p.c.

Al Direttore/Primario/Responsabile della
Struttura di Chirurgia Bariatrica SICOB LEANZA SILVANA
Nome struttura OSP. G. GIGLIO CEFALU'
Nome e Cognome medico referente LEANZA SILVANA

OGGETTO: Attestazione presenza di Rianimazione/Terapia intensiva all'interno della struttura e sua organizzazione

Con la presente si attesta, come da specifica richiesta del Direttore/Primario/Responsabile della Struttura di Chirurgia Bariatrica dott. LEANZA SILVANA, che ci legge in copia, che questo ospedale/clinica/presidio ~~ospedaliero/università~~ Nome sede - indirizzo - città - numero di codice ministeriale. FONDAZIONE ISTITUTO G. GIGLIO DI CEFALU'

È DOTATO

Di unità operativa di Anestesia e rianimazione con n° (8) posti letto di Terapia Intensiva.

Il Direttore Responsabile del reparto di terapia intensiva e rianimazione è il dott. CESARE GREGORINI

OPPURE SE SI TRATTA DI UNA TIPO:

È dotata di n° letti _____

È dotata di respiratori? SI/NO

È garantita la presenza h24 di un anestesista dedicato? SI/NO

il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n.445, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto sopra.

Il Direttore Sanitario
Nome e Cognome
