CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

Numero di protocollo del documento

_____

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
Nome struttura
Nome e Cognome medico referente

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. LORENZO GUERCI, che ci legge in copia, che questo ospedale/clinica/presidio ospedaliero/università Nome sede – indirizzo – città – numero di codice ministeriale. AZ. OSPEDALIERA S. MARIA DI TERNI VIALE TRISTANO DI JOANNUCCIO 05100

È DOTATO

Di unità operativa di Anestesia e rianimazione con n° (15) posti letto di Terapia Intensiva.

Il Direttore Responsabile del reparto di terapia intensiva e rianimazione è il dott. RITA COMMISSARI

OPPURE SE SI TRATTA DI UNA TIPO:

È dotata di n° letti 5

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

_____

Il Direttore Sanitario
Azienda Ospedaliera
"S.Maria" di Terni
Dott. Pietro Manzi