**RICHIESTA INSERIMENTO CENTRO**

Con la presente, si richiede l’accesso al Registro Sicve per la seguente struttura:

Denominazione:

Tipo Struttura: Ospedaliero Universitario Clinica accreditata

Dirigente:

Indirizzo:

Città:

Telefono:

E-mail:

Medico referente:

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dirigente

Il presente modulo va compilato, firmato ed inviato per e-mail a **assistenza@sicvereg.it**