



SOCIETÀ ITALIANA DI FLEBOLOGIA

CONSIGLIO DIRETTIVO 2025-26

Presidente:

Bruno Amato

A.O.U. "Federico II" - Policlinico
Via Sergio Pansini, 5
80131 Napoli NA
@: bruno.amato@unina.it

Vice-Presidenti:

Roberto Giorgi

Mario Bellisi

A.O.U. Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo

Past President:

Roberto Di Mitri

Toscana Medical Supports di Pisa

Presidente Fondatore:

Giuseppe Genovese

Università degli Studi di Perugia

Segretario Generale:

Ermenegildo Furino

A.O.U. Policlinico Umberto I di Roma

Tesoriere:

Ignazio Verde

Università degli Studi della Campania
"Luigi Vanvitelli"

Consiglieri:

Lucia Auletta

Rita Compagna

Anastasio Palmanova

Savino Pasquadibisceglie

Francesco Ribero

Francesco Riccitelli

Salvatore Silvano

Paolo Tamellini

Giovanni Turtulici

Ignazio Verde

Michele Ugliola

Vincenzo Viola

Segreteria delegata

WOMBLAB

T: +39 011 433 6307

P: +39 339 462 4459

segreteria@sif.womblab.com

sif.societaitalianaflebologia@pec.it

Corso Vittorio Emanuele II, 103

- 10128 Torino

www.societaitalianaflebologia.com

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE STUDIO/CENTRO FLEBOLOGICO SIF

Titolare dello Studio Flebologico / Direttore del Centro Flebologico

Il modulo deve essere inviato a: sif.societaitalianaflebologia@pec.it

Il/La sottoscritto/a Dott./Prof.

_____, in qualità di

Titolare/Direttore dello Studio/Centro denominato

DICHIARA E CERTIFICA

1. di essere regolarmente iscritto/a alla Società Italiana di Flebologia – SIF;
2. di essere in regola con il pagamento delle quote associative;
3. di rispondere a tutti i requisiti richiesti dal Titolare/Direttore;
4. che lo Studio/Centro è in regola con le normative regionali e della propria ASL di competenza sugli Studi Medici e sulle Strutture Sanitarie soggette ad autorizzazione;
5. che tutto il personale medico, tecnico, fisioterapico, infermieristico e amministrativo operante presso lo Studio/Centro possiede i requisiti previsti.

Luogo e data _____

Firma _____