



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 RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO STUDIO/CENTRO FLEBOLOGICO SIF

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

Il/La sottoscritto/a:

Cognome nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

E-mail _____

Polizza assicurativa _____ N. _____

Scadenza _____

in qualità di Titolare/Direttore dello Studio/Centro denominato:

Indirizzo della struttura _____

Telefono _____

E-mail _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a a denominare la propria struttura come di seguito indicato:

☐ Studio Flebologico riconosciuto dalla S.I.F.

☐ Studio Flebologico di livello avanzato riconosciuto dalla S.I.F.

☐ Centro Flebologico riconosciuto dalla S.I.F.

☐ Centro Flebologico di livello avanzato riconosciuto dalla S.I.F.

Luogo _____ Data _____

Firma del richiedente _____