

*Alla cortese attenzione di Direzione Sanitaria  
Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico di Latina*

**OGGETTO:** richiesta approvazione revisione casistica protesi di rivestimento spalla

Il sottoscritto dr **Claudio Chillemi**, con la presente

chiede

nel rispetto dell'informativa per il trattamento dei dati personali, con finalità relativa alla ricerca scientifica, di poter visionare la casistica dei pazienti da me sottoposti ad intervento chirurgico di endoprotesi di rivestimento dell'omero.

Latina, 21 ottobre 2019

**Dr Claudio Chillemi**

☒ Approvato

20/10/2019

☐ Non Approvato

I.C.O.T. LATINA  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. ANGELO BOUMIS

I.C.O.T. LATINA  
Dott. CLAUDIO CHILLEMI  
Spec. in Ortopedia e Traumatologia  
C.F. CHI CLD 70702 F152H  
Iscr. Albo O.M. Latina n. 9106

Latina, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_