

*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


I.C.O.T. LATINA
Dott. CLAUDIO CHILLEMI
Spec. in Ortopedia e Traumatologia
C.F. CHI CLD 70592 F152H
Iscr. Albo O.M. Latina n. 9106

Non Approvato


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

Latina, _____, _____