



## Programma nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanità

Premesso che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato provvisoriamente il Provider **E20CONVEGNI** accreditamento **n. 432**;

Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. 432 – 221607 edizione n. 1 denominato **“LOMBALGIA E LOMBOSCIATALGIA”** e tenutosi a Trani, il 24 marzo 2018, avente come obiettivo didattico/formativi generali:

**“DOCUMENTAZIONE CLINICA. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, Profili di Assistenza - Profili di Cura”**

assegnando all'evento stesso **N. 7 (sette)** Crediti Formativi E.C.M.

il/la sottoscritto/a

*Sabino Carlucci*

*Rappresentante legale dell'organizzatore*

(ovvero Responsabile dell'evento, su delega del rappresentante legale dell'Organizzatore)

Verificato l'apprendimento del partecipante

**ATTESTA**

che il/la

Dott./Dott.ssa/Sig.ra/Sig.....in qualità di **Medico Chirurgo**  
nato/a a .....il ....., iscritto all'Ordine/Collegio/Ass.  
prof.li num. \_\_\_\_\_ ha acquisito:

**N. N. 7 (sette) Crediti formativi per l'anno 2018**

Trani, 24/03/2018

IL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ORGANIZZATORE

(ovvero IL RESPONSABILE DELL'EVENTO, su delega del rappresentante legale dell'Organizzatore)

Dott. Sabino Carlucci