



## *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. 131641 edizione n. 1 denominato **"Giornate pneumologiche"**, tenutosi a Vieste (FG), dal 25 al 27 maggio 2017, avente come obiettivo didattico/formativo generale: **"PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI/DIAGNOSTICI/RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA"**.

assegnando all'evento stesso

**N. 14 (quattordici) Crediti Formativi E.C.M.**

il/la sottoscritto/a

*Sabino Carlucci*

*Rappresentante legale del Provider*

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

Verificato l'apprendimento del partecipante

**ATTESTA**

che il/la

Dott./Dott.ssa/Sig./Sig.ra.....in qualità di **Medico Chirurgo**

nato/a a .....il ....., iscritto all'Ordine/Collegio/ASS. prof.li

num. ....

ha acquisito:

**N. 14 (quattordici) Crediti formativi per l'anno 2017**

Vieste (FG), 21 giugno 2017

IL RAPPRESENTANTE LEGALE  
(ovvero il Responsabile dell'evento, su delega  
del rappresentante legale del Provider)  
Dott. Sabino Carlucci