



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

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

Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. 233699 edizione n. 1 denominato **"DISLIPIDEMIA: RAPPORTO ACUSALE CON ATEROSCLEROSI"** e tenutosi a Foggia il 27 ottobre 2019, avente come obiettivo didattico/formativo generale: **"PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI/DIAGNOSTICI/RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA"**.

Assegnando all'evento stesso

**N. 6 (sei) 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. 6 (sei) Crediti formativi per l'anno 2018**

Trani, 31 dicembre 2018

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