

# PROGRAMMA PER LA FORMAZIONE CONTINUA DEI PROFESSIONISTI DELLA SANITA'



Premesso che:

Agenas ha accreditato il Provider:

## ANCE CARDIOLOGIA ITALIANA DEL TERRITORIO ID accreditamento 1244



Premesso che:

il Provider ha organizzato l'evento formativo:

**MILANO CON IL CUORE IN MANO - IL PAZIENTE CARDIOPATICO: DAL TERRITORIO ALL'OSPEDALE,  
DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO**  
ID EVENTO 359983  
01/10/2022

**TIPOLOGIA FORMAZIONE:**  
Formazione RES

avente come obiettivo formativo:  
**10 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute –  
diagnostica –tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-  
professionali**

Il sottoscritto  
**Andrea Spampinato**  
Rappresentante legale del Provider

**ATTESTA**  
che il dott.:

---

**CINZIA MARIA CAPELLI** Codice Fiscale: **CPLCZM55S65A794P**  
Professione: Medico Chirurgo

---

*in qualità di*  
*Partecipante ha*  
*percepito:*

**7 (sette)**

**Crediti formativi E.C.M.**

secondo i parametri stabiliti dai "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM, allegati all'Accordo Stato Regioni del 02/02/2017