

# 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.:**

---

**FRANCESCO STELLA** Codice Fiscale: **STLFNC44E21F205F**  
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