



## PROGRAMMA PER LA FORMAZIONE CONTINUA DEI PROFESSIONISTI DELLA SANITA'

Premesso che: **Agenas ha accreditato**  
**il Provider**



ANCE CARDIOLOGIA ITALIANA DEL TERRITORIO  
id accreditamento 1244

e che:  
il Provider ha organizzato l'evento formativo:

**Id: 1244/ 403783**  
**dal titolo:**  
**CONVEGNO PROVINCIALE ANCE BARI - BAT - FOGGIA**  
**20 Aprile 2024**  
**BARI**  
**VIA GIUSEPPE CAPRUZZI, 326**  
**VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**  
**Responsabili Scientifici: Carella Luigi**

### EDIZIONE 1

Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura  
Il sottoscritto  
Andrea Spampinato  
Rappresentante legale del Provider

ATTESTA  
che Il dott.: **BINI ANTONIO PIO GIACINTO**  
Professione: Medico Chirurgo  
Cod. Fisc.: **BNINNP54E27F284W**

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)

