

## 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/ 410751**

***dal titolo:***

**PRIMO EVENTO: CUORE E SPORT TRA NORMALITÀ E PATOLOGIA  
VIA GALASO, 68, 72028 TORRE SANTA SUSANNA - BR  
SALE CONFERENZE "LE TERRE DI L.A.E.R.T.E" EDIZIONE 1**

**11/05/2024**

avente come obiettivo formativo:  
Linee guida - protocolli – procedure

Il sottoscritto  
Andrea Spampinato  
Rappresentante legale del Provider

**ATTESTA**  
*che Il dott.:*  
**SANTORO DOMENICO**

**Professione: Medico Chirurgo**  
**Cod. Fisc.: SNTDNC52P24C424L**

ha percepito:  
**5 (cinque) 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)

Responsabile Legale  
Andrea Spampinato