

**E.C.M.**

Commissione Nazionale Formazione Continua



Programma nazionale per la formazione continua dei professionisti della Sanità

Premesso che la *Commissione Nazionale per la Formazione Continua* ha accreditato il Provider **METASARDINIA SRLS** accreditamento n. **4582**;
Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. **4582 - 292987**, edizione n. **1**, dal titolo **“PATIENT SPECIFIC DIAGNOSTICS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES IMAGING FUNZIONALE PERSONALIZZATO”**
avente come obiettivo didattico/formativo **“linee guida - protocolli - procedure”**

il/la sottoscritto/a
GILDO MATTA

Rappresentante legale del Provider
(o suo delegato ovvero Responsabile scientifico dell'evento, su delega del rappresentante legale del Provider)

ATTESTA
che il/la

Prof./Prof.ssa/Dott./Dott.ssa/Sig./Sig.ra **ALESSANDRO MASTROFINI C.F.: MSTLSN97D20E958R** in qualità di **discente** il 29/09/2020 come **partecipante non reclutato** ha acquisito:

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)

nella professione **STUDENTE** disciplina **INGEGNERE BIOMEDICO**

(Il presente attestato è da intendersi con piena validità soltanto dopo l'avvenuta verifica della regolarità del medesimo, eseguita dal Provider in occasione della rapportazione finale dell'evento sul portale Agenas)

29/09/2020, li CAGLIARI

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

(o suo delegato ovvero Responsabile scientifico dell'evento, su delega del rappresentante legale del Provider)

GILDO MATTA

(Il presente attestato è da intendersi con piena validità soltanto dopo l'avvenuta verifica della regolarità del medesimo, eseguita dal Provider in occasione della reportazione finale dell'evento sul portale Agenas)