

## **Programma nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanità**

Premesso che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato provvisoriamente il Provider **ASSOCIAZIONE ITALIANA RIEDUCAZIONE POSTURALE GLOBALE SRL** accreditamento n. **910** valido fino al 18-01-2013;

Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. **RES 910-52632**, edizione n. **1** denominato:

### ***“Rieducazione Posturale Globale IV° Modulo”***

e tenutosi a **Milano dal 2 al 6 APRILE 2013**,

aventi come obiettivo didattico/formativi generali:

**CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, SPECIALIZZAZIONE E ATTIVITÀ ULTRA SPECIALISTICA**

assegnando all'evento stesso

**N° 45 (QUARANTACINQUE) Crediti Formativi E.C.M.**

Il sottoscritto

**DOTT. SGAMMA DIEGO**

Rappresentante legale dell'organizzatore

Verificato l'apprendimento del partecipante

**ATTESTA**

che il/la Dott/Dott.ssa **MAGRO Ilenia**

in qualità di **FISIOTERAPISTA**

nato/aa .....il .....

ha conseguito: **N° 45 (QUARANTACINQUE) Crediti formativi per l'anno 2013**

Milano, 6 Aprile 2013

**II RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ORGANIZZATORE**

**DOTT. SGAMMA DIEGO**

