



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'AQUILA
Formazione Continua in Medicina
(Provider Nazionale ECM 7138)

Attestato di partecipazione

Si attesta che _____

ha partecipato all'incontro di formazione residenziale

“-----*TITOLO*-----”

tenutosi presso

(-----Sede dell'evento-----)

il _____

Data _____

Il Responsabile Scientifico
