



## **ATTESTATO DI FREQUENZA**

*Si attesta che*

**Corradini Massimo**

C.F.: CRRMSM56L07L378U

*ha frequentato il corso dal titolo:*

### **IMPLANTOLOGIA MULTIMODALE. DIAGNOSI CLINICO-RADIOLOGICA, PIANIFICAZIONE E PROTOCOLLI CHIRURGICO-PROTESICI**

codice: ARASS-01 (411-154429) attivo dal 28-03-2016 al 31-12-2016

Presso: corso FAD

Punteggio prova finale: 22/30

Luogo e data del rilascio:  
Castel Gandolfo, 10-04-2016



*Formazione e Servizi*  
*Organizzatore e Provider eventi ECM*

Il Provider ECM n° 411

DEA FORMAZIONE E SERVIZI S.N.C.



**E.C.M.**

Commissione Nazionale Formazione Continua



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

Premesso che la *Commissione Nazionale per la Formazione Continua* ha accreditato il Provider Standard

**DEA formazione e servizi s.n.c.** accreditamento n. 411

Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. FAD 411-154429, edizione n. 1 denominato

### **IMPLANTOLOGIA MULTIMODALE. DIAGNOSI CLINICO-RADIOLOGICA, PIANIFICAZIONE E PROTOCOLLI CHIRURGICO-PROTESICI**

Valido dal 28/03/2016 al 31/12/2016 aventi come obiettivo didattico/formativi generali: CONTENUTI  
TECNICOPROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA  
SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE. Assegnando all'evento stesso

N. 10 (dieci) Crediti Formativi E.C.M.  
il/la sottoscritto/a

**dott.ssa Enrica Vizzinisi**

Rappresentante legale dell'organizzatore  
Verificato l'apprendimento del partecipante

**ATTESTA**

che il/la Dott./Dott.ssa

**Corradini Massimo**

in qualità di **Odontoiatra** nato/a a Trento il 07/07/1956,

C.F.: CRRMSM56L07L378U

N° iscrizione ....., Ordine, Ass., Collegio.....

ha conseguito:

N. 10 (dieci) Crediti formativi per l'anno 2016

Castel Gandolfo, lì 12/04/2016

**DEA FORMAZIONE E SERVIZI S.N.C.**

Il Rappresentante Legale

Dott.ssa Enrica Vizzinisi

