



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

Premesso che la *Commissione Nazionale per la Formazione Continua* ha accreditato quale attività di formazione continua l'evento formativo n. 8363-10019679

**denominato** **INTEGRAZIONE DI COMPETENZE NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DI PERSONALITA': ASPETTI CLINICI, DIAGNOSTICI E MEDICO-LEGALI**

**organizzato da** **FULL DAY S.R.L.**

**e tenutosi a** **Arcugnano, Casa di Cura Villa Margherita**

**Data:** **11 Giugno 2010**

*assegnando all'evento stesso* **N. 4 (quattro) Crediti Formativi E.C.M.**  
(Determinazione della Commissione del 22 Novembre 2001)

la sottoscritta  
**Giovanna Turchetti**  
Rappresentante legale dell'organizzatore

**CERTIFICA**  
che il/la

**Dott./Dott.ssa** **MICHELA PINTON**

**in qualità di** **DISCENTE**

**C.F.** **PNTMHL74A48G224H**

**ha conseguito:** **N. 4 (quattro) Crediti formativi per l'anno 2010**

**FULL DAY S.R.L.**  
Giovanna Turchetti, Legale Rappresentante

Roma, li 16 Dicembre 2010