



**ATTESTATION DE PARTICIPATION À UN PROGRAMME DE
DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU**

1) le participant:

Docteur Nom : **KEFALA** Nom de naissance si différent:
Prénom: **Kalomoira**
Date de naissance: 20/07/1972
Adresse professionnelle : **47 Boulevard Murat, 75016 Paris, France 75016 PARIS**
Adresse électronique : **kalokekalo@gmail.com**
Profession : **Pédiatre**
Mode d'exercice dominant > (50%) : **libéral**

2) N° ADELI : N° RPPS : 10101080058

3) Conditions de participation

Programme pluriannuel (oui/non) : **NON**
01 Janvier 2024 au 31 décembre 2024 Année(s) civile(s) de participation : **2024**

L'attestation est délivrée au professionnel de santé et transmise à l'entité en charge du contrôle au titre de chaque année civile.

4) Organisme de DPC

Nom/Sigle : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire pour le Développement Professionnel Continu (**AFPA DPC**)
Adresse : Sylvie Hubinois 14 T rue Paul Demange 78290 CROISSY SUR SEINE
N° enregistrement ANDPC: **5192**

5) Programme de développement professionnel continu

51922325031 Formation des spécialistes libéraux à l'accueil des internes de spécialité dans leur cabinet et leurs structures de soins.

Orientation nationale dans laquelle le programme s'inscrit :

- Amélioration de l'organisation, de la pertinence et de la qualité des soins (professions ciblées)
- 35 : Formation à la maîtrise de stage universitaire des médecins.

Préciser l'année ou l'arrêté auquel cette orientation fait référence : **Arrêté du 10 Février 2023 modifiant l'arrêté du 7 septembre 2022, définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2023 à 2025**
NOR : **SPRH2304382A**

Docteur Sylvie HUBINOIS atteste que le professionnel de santé a participé au programme de DPC susmentionné.
Fait à Orsan, le **12/05/2024**

Signature et cachet

