



**E.C.M.**

Commissione Nazionale Formazione Continua



(Logo Provider)

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

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

accreditamento n. .... valido fino al .....

Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. ...., edizione n. .... denominato.....

e tenutosi a<sup>1</sup> ..... dal..... al ..... 20.....,

avente come obiettivo didattico/formativo generale:.....

.....  
.....  
.....  
.....

assegnando all'evento stesso

N..... (cifre e lettere) Crediti Formativi E.C.M.

(Regolamento applicativo dei criteri oggettivi dell'accordo Stato Regioni del 5/11/09 per l'accREDITAMENTO, approvato dalla CNFC il 13/01/2010)

il/la sottoscritto/a

.....  
Rappresentante legale del Provider

### ATTESTA

che il/la

Prof./Prof.ssa Dott./Dott.ssa .....

nato/a a .....il ....., avendo partecipato all'evento formativo, in qualità di docente / relatore / tutor dalle ore ..... alle ore ....., argomento / relazione su .....

....., ha acquisito:

N..... (cifre e lettere) **Crediti formativi per l'anno 20...**

(Regolamento applicativo dei criteri oggettivi dell'accordo Stato Regioni del 5/11/09 per l'accREDITAMENTO, approvato dalla CNFC il 13/01/2010)

....., li.....

**II RAPPRESENTANTE LEGALE**

<sup>1</sup> Da non indicare in caso di FaD