



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 a¹ dal..... al 20.....,

avente come obiettivo didattico/formativo generale (Accordo Stato/Regioni del 5 novembre 2011):

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

assegnando all'evento stesso

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

il/la sottoscritto/a

.....

Rappresentante legale del Provider

Verificato l'apprendimento del partecipante

ATTESTA

che il/la

Dott/Dott.ssa in qualità di.....

(indicare la professione)

nato/a a il, iscritto all'Ordine/Collegio/ASS. prof.li num..... ha acquisito:

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

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

II RAPPRESENTANTE LEGALE

¹ Da non indicare in caso di FaD