



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 il Provider provvisorio/standard

accreditamento n.

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:

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

assegnando all'evento stesso

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

il/la sottoscritto/a

.....
Rappresentante legale del Provider
(ovvero Responsabile dell'evento, su delega del rappresentante legale del Provider)

Verificato l'apprendimento del partecipante

ATTESTA

che il/la

Dott/Dott.ssa/Sig.ra/Sig..... 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.....

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

(ovvero Responsabile dell'evento, su delega del rappresentante legale del Provider)

¹ Da non indicare in caso di FaD