

CARTA INTESTATA DEL PROVIDER

ALL'AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI
SANITARI REGIONALI

OGGETTO: rinnovo validità del/i corso/i FAD - (id provider – numero/i evento/i – titolo/i evento/i).

Il sottoscritto (nome e cognome) - nato a il....., residente per la carica in (città), via codice fiscale, in qualità di legale rappresentante del provider (denominazione), con sede legale in (città) via - **RICHIESTE** - in base a quanto indicato nell'avviso "**Precisazioni in materia di validità/scadenza dei programmi FAD**", pubblicato nella sezione "Primo piano" del sito Age.Na.S. il 02/08/2010 - il prolungamento della validità del programma FAD (numero provider-numero evento) dal titolo (titolo evento come riportato nella piattaforma informatica), valido fino al (gg/mm/aaaa), per un altro anno dalla data della sua scadenza e quindi fino al (gg/mm/aaaa), dato l'interesse riscosso dall'utenza, la particolare rilevanza del corso, che costituisce un compendio di tutta la letteratura di riferimento, nazionale ed internazionale, sul tema (contenuto nel programma) e la sua estrema attualità.

A tal fine il sottoscritto **DICHIARA** (scegliere l'opzione o le opzioni che secondo il provider supportano la richiesta):

- che l'evento FAD (numero provider-numero evento) in oggetto ha riscosso e sta ancora riscuotendo molto interesse tra gli operatori medico sanitari;
- che i materiali didattici digitali del programma FAD (numero provider-numero evento) sono stati oggetto di un accurato aggiornamento;
- che i materiali didattici digitali e la bibliografia di riferimento del programma FAD (numero provider-numero evento) sono stati oggetto di una accurata revisione, volta a stabilire l'idoneità e l'aggiornamento dei contenuti;
- di aver controllato la persistente idoneità del programma FAD (numero provider-numero evento) in oggetto e di aver provveduto ove necessario agli opportuni aggiornamenti;
- che allo stato attuale il programma FAD (numero provider-numero evento) in oggetto è aggiornato ed idoneo all'erogazione per almeno un altro anno dalla scadenza della loro validità.

Qualora la presente richiesta venisse accettata, il/la.....(denominazione del provider) si impegna a verificare periodicamente l'eventuale necessità di aggiornamento dei contenuti dei programmi in oggetto e a provvedere tempestivamente alla pubblicazione dei materiali aggiornati.

Ai fini di consentire eventuali verifiche da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, o della sua Segreteria, in merito alla qualità dei programmi in oggetto e alla veridicità di quanto dichiarato, il sottoscritto comunica le seguenti credenziali da utilizzare

..... (data)

.....
(firma autografa del legale rappresentante)