



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



LOGO

Numero certificato
{N_CERTIFICATO}/{ANNO}

Certificazione del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo triennale

Preso atto delle informazioni presenti nella Banca Dati COGEAPS, al {DATA},
relative alla formazione ECM effettuata dal professionista sanitario nel corso del triennio {TRIENNIO}

{DENOMINAZIONE ORDINE}

CERTIFICA

che {IL\LA} {DOTT.\DOTT.SSA} {COGNOME E NOME} {CODICE FISCALE}
in qualità di {DESCRIZIONE PROFESSIONE} ha soddisfatto il fabbisogno formativo per il triennio {TRIENNIO}

{LUOGO}, il {DATA}

Il Presidente del {DESCRIZIONE ORDINE}
{FIRMA_PRESIDENTE}