



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.

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

ATTESTA

che il/la

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

nato/a ail, 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

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

¹ Da non indicare in caso di FaD