



REGIONE MOLISE

ALLEGATO C

(Logo/Denominazione Provider)

Programma per la formazione continua dei professionisti della Sanità

Premesso che (*denominazione Ente accreditante*) ha accreditato il Provider
..... (*denominazione Provider*)
accreditamento n. (*ID Provider*)

Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. (*ID evento*), edizione n. (*n° ediz.*)
dal titolo (*titolo evento*)
e tenutosi a¹ (*luogo svolgimento evento*) .. dal .. (*data inizio evento*) ... al .. (*data fine evento*) ..,
avente come obiettivo formativo (*n° e/o descrizione*)

il/la sottoscritto/a

(*Nome e Cognome legale rappresentante o suo delegato ovvero responsabile scientifico dell'evento*)
.....

Rappresentante legale del Provider

(o suo delegato ovvero Responsabile scientifico dell'evento,
su delega del rappresentante legale del Provider)

ATTESTA

che il/la

Prof./Prof.ssa Dott./Dott.ssa Sig./Sig.ra (*Nome e Cognome partecipante*) C.F. (*cod. fiscale partecipante*)
in qualità di (*ruolo partecipante*) il² (*data acquisizione crediti*)
come (*partecipante reclutato/partecipante non reclutato*) ha acquisito:

..... (*crediti ECM in cifre e lettere*) **Crediti formativi E.C.M.**

(secondo i parametri stabiliti dai "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM"
allegati all'Accordo Stato Regioni del 02/02/2017)

nella professione (*professione partecipante*) disciplina (*disciplina partecipante*) ..

.. (*data creazione attestato*) .., lì .. (*luogo creazione attestato*) ..

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

(o suo delegato ovvero Responsabile scientifico dell'evento,
su delega del rappresentante legale del Provider)

(*FIRMA legale rappresentante o suo delegato ovvero responsabile scientifico dell'evento*)

¹ Da non indicare in caso di FaD

² Indicare la data acquisizione dei crediti qualora differisca dalla data di conclusione dell'evento