

(compilare su carta intestata)

Regione Molise
 Direzione Generale per la Salute
 Servizio Organizzazione e Politiche delle
 Risorse Umane dell'ASReM
 Via Toscana, 45
 86100 Campobasso

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO AL SISTEMA REGIONALE ECM

Il sottoscritto _____ nato a _____ (Prov. _____)
 il _____ Codice Fiscale _____
 residente in _____ (Prov. _____) via _____ n. _____
 in qualità di Legale Rappresentante dell'Ente/Azienda/Istituto _____,
 con sede legale in _____ (Prov. _____) via _____ n. _____
 C.F./Partita IVA _____

avendo preso visione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 863 del 31.12.2012 "*Avvio del Nuovo Sistema regionale di Educazione Continua in Medicina – Approvazione del Manuale di Accredimento dei Provider regionali ECM.*", pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise (B.U.R.M.) n. 4 del 1 febbraio 2013;

CHIEDE

il rilascio dell'accREDITAMENTO provvisorio, come Provider ECM, per le attività di formazione _____, dell'operatore di formazione con RAGIONE SOCIALE _____, ai sensi del Bando Regionale per l'AccREDITAMENTO dei Provider Ecm, di cui alla Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. _____ del _____, pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise (B.U.R.M.) n. _____ del _____.

Luogo, data _____

Il legale rappresentante
 TIMBRO E FIRMA

