



Programma regionale per la formazione continua dei Professionisti della Sanità

Premesso che la **Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina** ha accreditato il Provider (*Denominazione Provider*) accreditamento n. (*ID Provider*).....

Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. (*ID evento*)....., edizione (n. ediz.), dal titolo:

..... e tenutosi a
(*luogo*¹)..... dal..... al..... avente come obiettivo
formativo (n° e/o descrizione).....

il/la sottoscritto/a

Rappresentante Legale del Provider

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

ATTESTA

che

(Nome e Cognome) C.F. (cod. fiscale) in qualità di (ruolo partecipante (reclutato)/ partecipante (non reclutato) / docente / relatore / tutor), il² (data di acquisizione dei crediti) ha acquisito:

(*crediti ECM in cifre e lettere es. "4,2 (quattro, due)"*) **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*)

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

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

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

FIRMA

¹ Da non indicare in caso di FAD

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