Carta Intestata del Provider

**Esempio di Atto di nomina[[1]](#footnote-1)**

Il sottoscritto , in qualità di Legale Rappresentante del Provider ID , denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in virtù dei poteri conferiti (dall’art. dell’atto costitutivo; o dall’art. dello Statuto; o dal consiglio di amministrazione o dall’assemblea dei soci/associati ai sensi dell’art. dell’atto costitutivo/statuto, adottato con delibera del ),

# Nomina

**«Cognome» «Nome»,**

**Ruolo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(scelta tra:* [*Responsabile di Segreteria*](https://ecm.regione.veneto.it/ecm/accreditamento/1837014/provider/14/persona/4014/show)*;* [*Responsabile Amministrativo*](https://ecm.regione.veneto.it/ecm/accreditamento/1837014/provider/14/persona/2824/show)*;* [*Responsabile Sistema Informatico*](https://ecm.regione.veneto.it/ecm/accreditamento/1837014/provider/14/persona/2943/show)*;* [*Responsabile della Qualità*](https://ecm.regione.veneto.it/ecm/accreditamento/1837014/provider/14/persona/4086/show)*, Coordinatore e/o Componente del Comitato Scientifico)*

Tale nomina è in relazione alle attività che seguono, concernenti gli adempimenti in materia di Educazione Continua in Medicina:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il provider e l’incaricato, nell’esecuzione di tali operazioni, si atterranno alle disposizioni previste dalla normativa nazionale e regionale vigente in materia di ECM.

La presente nomina ha validità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[2]](#footnote-2)

L’incaricato sottoscritto prende atto di quanto previsto nella presente nomina ed assume il ruolo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Luogo e Data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE L’INCARICATO per accettazione

(firma e timbro) (firma)

1. L’atto deve essere obbligatoriamente controfirmato dall’incaricato. [↑](#footnote-ref-1)
2. Il Provider può prevedere la validità fino a revoca o recesso. [↑](#footnote-ref-2)