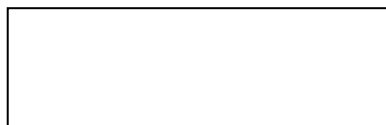




REGIONE DEL VENETO

SISTEMA REGIONALE ECM



(Logo Provider)

Programma regionale per la formazione continua dei Professionisti della Salute

Premesso che la **Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina** ha accreditato il Provider provvisorio/standard

Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. edizione n. ... denominato..... e tenutosi a dal..... al..... avente come obiettivo didattico/formativo generale:

.....
.....
.....

assegnando all'evento stesso:

N.....(cifre e lettere) Crediti Formativi E.C.M.

il/la sottoscritto/a

.....
Rappresentante Legale del Provider (ovvero Responsabile scientifico o Responsabile di formazione, su delega del Rappresentante Legale del Provider)

ATTESTA

che il/la

Dott./Dott.ssa.....
C.F....., avendo partecipato all'evento, in qualità di docente/tutor/relatore dalle ore alle ore, argomento/relazione su, ha conseguito:

N..... (cifre e lettere) Crediti formativi per l'anno 20....

....., lì.....

II RAPPRESENTANTE LEGALE DEL PROVIDER
(ovvero il responsabile scientifico o responsabile di formazione, su delega del Rappresentante Legale del Provider)

