



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 a¹ 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)

Verificato l'apprendimento e la presenza del partecipante

ATTESTA

che il/la

Dott/Dott.ssa/Sig.ra/Sig.....in qualità di.....
(indicare la professione)

C.F., ha conseguito:

N..... (cifre e lettere) Crediti formativi² 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)



¹ Da non indicare in caso di FAD

² Riportare lo stesso numero di crediti attribuiti all'evento formativo