

OGGETTO: Richiesta proroga scadenza evento-FAD.

ID Provider _____ numero evento _____ titolo evento _____

Il sottoscritto (nome e cognome), nato a il..... , residente in (città),
via codice fiscale , in qualità di Legale Rappresentante del Provider
..... (denominazione), con sede legale in (città) via

CHIEDE

in base a quanto stabilito dalla Commissione Regionale ECM nella seduta del 31 marzo 2015, il
prolungamento della validità del programma FAD (ID evento) dal titolo
(titolo evento come riportato nella piattaforma informatica), fino al (gg/mm/aaaa)¹, dato
l'interesse riscosso dall'utenza, la particolare rilevanza del corso, che costituisce un compendio di tutta la
letteratura di riferimento, nazionale ed internazionale, sul tema (contenuto nel programma) e la sua estrema
attualità.

A tal fine il sottoscritto DICHIARA (scegliere l'opzione o le opzioni che secondo il provider
supportano la richiesta):

- che l'evento FAD (numero provider-numero evento) in oggetto ha
riscosso e sta ancora riscuotendo molto interesse tra gli operatori medico sanitari;
- che i materiali didattici digitali del programma FAD (numero
provider-numero evento) sono stati oggetto di un accurato aggiornamento;
- che i materiali didattici digitali e la bibliografia di riferimento del programma FAD
..... (numero provider-numero evento) sono stati oggetto di una
accurata revisione, volta a stabilire l'idoneità e l'aggiornamento dei contenuti;
- di aver controllato la persistente idoneità del programma FAD
(numero provider-numero evento) in oggetto e di aver provveduto ove necessario agli
opportuni aggiornamenti;
- che allo stato attuale il programma FAD (numero provider-numero
evento) in oggetto è aggiornato ed idoneo all'erogazione per ulteriori n. ____ mesi.

¹ Si ricorda che la durata massima dell'evento non può superare i 365 giorni dalla data di inizio e che nell'anno di fine triennio formativo il corso deve terminare entro il 31 dicembre.

Qualora la presente richiesta venisse accettata, il/la.....(denominazione del provider) si impegna a verificare periodicamente l'eventuale necessità di aggiornamento dei contenuti dei programmi in oggetto e a provvedere tempestivamente alla pubblicazione dei materiali aggiornati.

Ai fini di consentire eventuali verifiche da parte della Commissione Regionale ECM, in merito alla qualità dei programmi in oggetto e alla veridicità di quanto dichiarato, il sottoscritto comunica le seguenti credenziali da utilizzare

..... (data)

.....
(firma autografa del legale rappresentante)