

****

**Programma per la formazione continua dei professionisti della Sanità**

Premesso che AGENAS ha accreditato il Provider *FNOMCeO* accreditamento n. 2603

Premesso che il Provider ha organizzato l’evento formativo n. …*(ID*…*e*…*ve*…*nt*…*o)* , edizione n.*(n*…*°e*.*d*.*iz.)*

dal titolo……*(tit*…*olo*…*e*…*ve*…*nto*…*)* ………………………………………………………………………….

e tenutosi a …*(l*…*uo*…*go*…*sv*…*ol*…*gim*…*e*…*nto*…*e*…*ven*…*to*…*)* dal …*(*…*da*…*ta*…*ini*…*zio*…*e*…*ve*…*nto*…*)* .. al …*(d*…*at*…*a f*…*ine*…*e*…*ven*…*to*…*)* ,

avente come obiettivo formativo ……………*(*…*n°*…*e/o*…*d*…*es*…*cri*…*zio*…*ne*…*)* …………………………………

il/la sottoscritto/a

Rappresentante legale (*Presidente Ordine o Responsabile scientifico dell’evento*)

Dott./Dott.ssa ………………………………………….

ATTESTA

che il/la

Prof./Prof.ssa Dott./Dott.ssa Sig./Sig.ra …*(*…*No*…*me*…*e*…*C*…*og*…*no*…*me*…*pa*…*rt*…*ec*…*ipa*…*nt*…*e)* C.F. …*(co*…*d.*…*fis*…*cal*…*e p*…*ar*…*te*…*cipante)* in qualità di ……*(*…*ruo*…*lo*…*pa*…*rt*…*eci*…*pa*…*nt*…*e/relatore/docente)* …………………………………… il *(*…*da*…*ta*…*ac*…*qu*…*isi*…*zio*…*ne*…*crediti)* come *(p…ar…tec…ip…an…te …no…n r…ec…lut…ato… /relatore/docente)* ha acquisito:

…*(c*…*red*…*iti*…*EC*…*M*…*in*…*cif*…*re e*…*le*…*tte*…*re)* **Crediti formativi E.C.M.**

nella professione

*(professione partecipante)*

……………………………………

disciplina

*(disciplina partecipante)*

…………………………

.

…*(d*…*at*…*a c*…*re*…*az*…*ion*…*e* …*att*…*es*…*tat*…*o)*., lì…*(l*…*uo*…*go*…*cr*…*ea*…*zio*…*ne*…*a*…*tte*…*sta*…*to)*

Il RAPPRESENTANTE LEGALE

 *(FIRMA)*