



Regione Umbria

LOGO SOGGETTO
ORGANIZZATORE

Programma per la formazione continua dei professionisti della Sanità

Premesso che la Regione Umbria ha accreditato il Provider(*denominazione Provider*)....., accreditamento n. (*ID Provider*).....

Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. ____, edizione n. _____, dal titolo _____ e tenutosi a¹ (*luogo di svolgimento*) _____, dal ____ al _____ (*date di inizio e fine evento*), avente come obiettivo formativo _____,

il/la sottoscritto/a

(*Nome e Cognome Legale Rappresentante o suo delegato ovvero responsabile scientifico dell'evento*)

.....
Legale Rappresentante del Provider (o suo delegato) ovvero Responsabile scientifico dell'evento su delega del Legale Rappresentante del Provider

A T T E S T A

che il/la

Prof./Prof.ssa Dott./Dott.ssa Sig./Sig.ra (*nome e cognome partecipante*).....
C.F.(*codice fiscale partecipante*)..... in qualità di(*ruolo partecipante*)....., il²(*data acquisizione crediti*)..... come(*partecipante reclutato/partecipante non reclutato*), ha acquisito:

..... (*crediti ECM in cifre e in lettere*) Crediti Formativi E.C.M.

(secondo i parametri stabiliti dai "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM" allegati all'Accordo Stato Regioni del 02/02/2017)

nella professione(*professione del partecipante*) disciplina(*disciplina del partecipante*)

.....(*data creazione attestato*), li.....(*luogo creazione attestato*)

II LEGALE RAPPRESENTANTE

(o suo delegato ovvero Responsabile scientifico dell'evento, su delega del rappresentante legale del Provider)

.....
(*FIRMA Legale Rappresentante o suo delegato ovvero Responsabile scientifico dell'evento*)

1 in caso di FAD omettere il luogo di svolgimento

2 indicare la data acquisizione dei crediti qualora differisca dalla data di conclusione dell'evento