

Logo Ente

Programma regionale per la formazione continua dei Professionisti della Salute

Premesso che con atto del Direttore della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia è stato accreditato il provider con codice **\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(denominazione Provider)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** e che il medesimo ha accreditato l'attività formativa (Formazione a distanza - FAD) **codice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titolo ''\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_'',** con il seguente obiettivo formativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(tipo obiettivo)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

|  |  |
| --- | --- |
| **n. \_\_** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(descrizione)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

assegnando all'attività formativa stessa

**N. (** *(in lettere)* **) Crediti Formativi E.C.M.**

il/la sottoscritto/a
**Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

delegato del legale rappresentante del provider,

**ATTESTA**

che il/la dott./dott.ssa/sig./sig.ra

C.F., ha partecipato in qualità di **DOCENTE/TUTOR** acquisendo

**N. \_\_ (\_\_\_\_** *(in lettere)* **\_\_\_\_\_) Crediti Formativi (FAD) per l'anno 20\_\_**

Luogo, Il/La delegato/a

 del legale rappresentante del provider

 Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_