

 *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 sul campo - FSC) **codice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titolo ''\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_'',** tenutasi dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

delegato del legale rappresentante del provider,

**ATTESTA**

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

nato/a in **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** il **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, C.F. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, ha partecipato in qualità di **TUTOR**

acquisendo

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

Luogo, Il/La delegato/a

 del legale rappresentante del provider

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_