

 *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 (Attività formativa residenziale – RES) **codice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titolo ''\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_'',** tenutasi dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_), della durate di \_\_\_\_\_\_ ore, 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

C.F. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, ha partecipato in qualità di **DOCENTE** nelle date e per le ore di seguito indicate:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Codice attività** | **Edizione del** | **Ore** | **Titolo** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_:\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Per un totale di ore di docenza:** \_\_:\_\_ |

acquisendo

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

Luogo, Il/La delegato/a

 del legale rappresentante del provider

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