

*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 residenziale - RES) **codice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, edizione del \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_, titolo ''\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_'',** tenutasi a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_), della durate di \_\_\_\_\_, 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,

verificato l'apprendimento della partecipante,

**ATTESTA**

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

nato/a in **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** il **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, C.F. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, in qualità di **\_\_\_\_\_\_** *(professione/disciplina)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ha conseguito

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

Luogo, Il/La delegato/a

del legale rappresentante del provider

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