

**E.C.M.**

Commissione Nazionale Formazione Continua

**INSERIRE LOGO ORDINE**

Numero certificato
{N_CERTIFICATO}/{ANNO}

Certificazione del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo triennale

Preso atto delle informazioni presenti nella Banca Dati COGEAPS, al {DATA}, relative alla formazione ECM effettuata dal professionista sanitario nel corso del triennio {TRIENNIO}

{DENOMINAZIONE ORDINE}

CERTIFICA

che {IL\LA} {DOTT.\DOTT.SSA} {COGNOME E NOME} {CODICE FISCALE}
in qualità di {DESCRIZIONE PROFESSIONE} ha soddisfatto il fabbisogno formativo per il triennio {TRIENNIO}

{LUOGO}, lì {DATA}

Il Presidente del {DENOMINAZIONE ORDINE}
{FIRMA}

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi (art. 40, co. 2, D.P.R. 445/2000)