



**E.C.M.**

Commissione Nazionale Formazione Continua



LOGO

*Attestazione dei crediti formativi*

{DENOMINAZIONE ORDINE}

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

**ATTESTA**

che {IL\LA} {DOTT.DOTT.SSA} {COGNOME E NOME} {CODICE FISCALE} in qualità di {DESCRIZIONE PROFESSIONE}

ha acquisito:

N {NUMERO CREDITI} ({NUMERO CREDITI IN LETTERE}) Crediti formativi per il triennio {TRIENNIO}

{LUOGO}, lì {DATA}

Il Presidente del {DESCRIZIONE ORDINE}  
{FIRMA\_PRESIDENTE}