



**E.C.M.**

Commissione Nazionale Formazione Continua



**INSERIRE LOGO ORDINE**

***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}, li {DATA}

Il Presidente del {DENOMINAZIONE ORDINE}  
{FIRMA}