



DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PROVVISORIO COME PROVIDER ECM

All'Authority per l'autorizzazione, l'accreditamento e la
qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari
e socio-educativi

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. (___), il _____, in qualità di Legale Rappresentante di/della

Con sede legale in _____

Con sede operativa in _____

Codice operatore economico _____

VISTI

1. Il Decreto Delegato 28 marzo 2019 n.53,
2. Il manuale di accreditamento dei provider, che contiene l'allegato B.1 "requisiti di accreditamento dei provider", l'allegato B.2 "violazioni" e l'allegato B.3 "tipologia di sanzioni",

CHIEDE

L'accreditamento PROVVISORIO come Provider ECM per lo svolgimento dell'attività di formazione continua in medicina.

Data _____

Il Legale Rappresentante _____

Allegare:

-requisiti elencati nell'all.B.1 al DD n.53/2019

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di essere a conoscenza che le informazioni ed i dati forniti nell'ambito di procedimenti amministrativi e per la fruizione di servizi erogati dall'Amministrazione saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato www.sanmarino.sm – Canali Tematici "Informativa per il trattamento dei dati personali"
