



## DOMANDA DI ACCREDITAMENTO STANDARD/RINNOVO 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 \_\_\_\_\_

In possesso di accreditamento provvisorio del \_\_\_\_\_

### 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 STANDARD come Provider ECM per lo svolgimento dell'attività di formazione continua in medicina.

il RINNOVO dell'accreditamento standard come Provider ECM per lo svolgimento dell'attività di formazione continua in medicina.

Data \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

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](http://www.sanmarino.sm) – Canali Tematici "Informativa per il trattamento dei dati personali"

\_\_\_\_\_