



**E.C.M.**

Commissione Nazionale Formazione Continua



LOGO

**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}  
ha soddisfatto il fabbisogno formativo individuale per la professione Medica, avendo acquisito almeno il 70% dei crediti formativi ECM in  
disciplina Medicina del Lavoro  
per il triennio {TRIENNIO}

{LUOGO}, il {DATA}

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