

**Provider:** \_\_\_\_\_ (**ragione sociale**)

**ID:** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante del provider \_\_\_\_\_,  
ID \_\_\_\_\_ (se già assegnato) \_\_\_\_\_,

DICHIARA

- a) che le attività di ECM sono svolte con la collaborazione di (inserire la lista dei partner);
- b) che il/i partner (ossia i soggetti che partecipano, insieme al provider, all'organizzazione e alla gestione di eventi formativi in virtù di appositi accordi) non versa/ non versano in alcuna delle condizioni previste dall'art. 45 comma 3 dell'Accordo del 2 febbraio 2017 con cui il Governo, le Regioni, e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno approvato il documento "la Formazione Continua nel settore Salute";
- c) che l'individuazione del Responsabile scientifico, l'organizzazione dell'evento, l'erogazione dei contenuti scientifici e la responsabilità dell'evento sono riconducibili al provider.

Luogo, data

Firma del Legale Rappresentante

Riferimenti normativi:

- Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017 con cui il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno approvato il documento "La formazione continua nel settore Salute", unitamente all'allegato "criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM", artt. 2, co. 1, l. x), 45, 76, ecc...;
- Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM, par. 4.4, 4.7.