

Carta Intestata del provider

Fac simile di atto di nomina¹

il sottoscritto _____, in qualità di legale rappresentante del provider id. ____ (se già assegnato) _____, denominato _____, in virtù dei poteri conferiti dall'art. _____ dell'atto costitutivo; o dall'art. _____ dello Statuto; o dal consiglio di amministrazione o dall'assemblea dei soci/associati ai sensi dell'art. _____ dell'atto costitutivo/statuto, adottato con delibera _____,

Nomina

«Nome» «Cognome»

Responsabile di

_____.

Tale nomina ha ad oggetto le operazioni di _____.

Il provider e l'incaricato, nell'esecuzione di tali operazioni, si atterranno alle disposizioni previste dall'Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017, dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM e dagli altri Atti regolatori emanati dalle Istituzioni competenti, secondo la normativa vigente. _____

La presente nomina ha validità _____².

L'incaricato sottoscritto prende atto di quanto previsto nella presente nomina ed assume la qualifica di _____,

Luogo e Data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(firma)

L'INCARICATO
per accettazione

(firma)

¹ L'atto deve essere obbligatoriamente controfirmato dall'incaricato

² Il provider può prevedere la validità fino a revoca