

MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DI UN EVENTO ECM

Da compilare e inoltrare a: segreteria@assimefac.it

- **70 giorni prima dalla data di inizio del corso per eventi autofinanziati**
- **120 giorni prima dalla data di inizio del corso per eventi sponsorizzati**

Il sottoscritto _____

In qualità di _____

- Membro del Direttivo Assimefac/CTS**
- Responsabile Regionale Assimefac**
- Altro** (specificare) _____

Invia

al Consiglio Direttivo e al Comitato Tecnico Scientifico del Provider ASSIMEFAC n.ro 2395, nella persona del suo Rappresentante Legale *Pasquale Puzzonio*, il seguente evento per la valutazione e richiesta di accreditamento:

TITOLO _____

Data inizio _____

Data fine _____

Sede _____

Città _____

Numero partecipanti _____

autofinanziamento cifra prevista € _____

quota d' iscrizione € _____ / a partecipante

sponsor commerciale (es. casa farmaceutica) _____ cifra prevista € _____

partner (casa di cura, ecc..) _____ cifra prevista € _____

“ALLEGARE ALLA PRESENTE LA BOZZA DEL PROGRAMMA”

Data _____

Firma _____