



Struttura di Formazione

Richiesta accreditamento progetto/evento formativo aziendale.

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ in qualità di _____ della Struttura di _____ dell'Azienda _____ chiede l'accREDITAMENTO del progetto/evento _____ presso l'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità della Regione Puglia, e dichiara, relativamente ai dati necessari utilizzati per la procedura regionale di accreditamento dell'evento che questi, sono conformi alla normativa vigente.

Inoltre, consegna, assumendone ogni responsabilità, alla Struttura di Formazione le autocertificazioni attestanti l'assenza del conflitto di interesse dei Relatori partecipanti all'Evento e dichiaro che gli stessi Relatori partecipano a titolo gratuito.

Precisa inoltre che la quota di iscrizione sarà di € 0,00 (zero) .

Foggia, lì _____

Il Responsabile Scientifico

timbro con firma leggibile

Il Direttore di Struttura

timbro con firma leggibile