|  |  |
| --- | --- |
| Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  (D.M. 18/01/96) | REGISTRO DI PARTECIPAZIONEATTIVITA’ FORMATIVE |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CODICE ECM: ${codiceEcm} Titolo del corso: ${titoloCorso} | | | | | | |
| Responsabile Scientifico: | | | ${respScientifico} | | | |
| N.B. IL PRESENTE CORSO è ACCREDITATO PER LE SEGUENTI PROFESSIONI E DISCIPLINE | | |  | | | |
| DATA: ${data} | | | Dalle ore: ${timeStart} | | Alle ore: ${timeEnd} | |
| firma docente*:* | firma docente*:* | firma docente*:* | | firma docente*:* | | firma docente*:* |

LA FIRMA SUL PRESENTE REGISTRO HA VALORE QUALE ATTESTAZIONE DI PRESENZA