

Alla REGIONE TOSCANA
Direzione ISTRUZIONE, FORMAZIONE, RICERCA E LAVORO
Settore FORMAZIONE CONTINUA E PROFESSIONI

- ☐ attestato di frequenza
- ☐ attestato di qualifica
- ☐ master I livello
- ☐ master II livello

☐ altro (*specificare*)

- ☐ (*se pertinente*) che sono rilasciati n. _____ Crediti Formativi Professionali (CFP)
☐ (*se pertinente*) che sono rilasciati n. _____ Crediti Formativi Universitari (CFU)
☐ (*se pertinente*) che sono rilasciati n. _____ Crediti Formativi Accademici (CFA)
☐ (*se pertinente*) che sono rilasciati n. _____ Crediti Formativi Educazione Continua in Medicina (ECM)

e che la documentazione attestante l'effettiva frequenza ai corsi/attività previsti è conservata presso i nostri uffici.

Luogo e data _____

Firma del legale rappresentante o di suo delegato*

**In caso di sottoscrizione da parte di un delegato, allegare documentazione di delega*

In caso di firma autografa allegare copia del documento di identità in corso di validità chiara e leggibile