

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**S.S. FORMAZIONE****FOGLIO FIRMA PARTECIPANTI****PROGETTO FORMATIVO Formazione sul Campo**

Titolo	
N° registrazione ECM	
Data/e	
N° Ore di formazione	
N° Crediti ECM	
Edizione numero	
Destinatari	

Il Responsabile Scientifico/Responsabile S.S. Formazione

Il Coordinatore del Progetto/RAF

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Codice ASFO_

Tipo attività: FSC

Orario _____ Data _____

NUM	NOMINATIVO	QUALIFICA	SOC/SOS	TIPO	NOTE	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

Visto del coordinatore dell'attività:

Sede: Via Vecchia Ceramica, 1 – C.P. 232 – 33170 Pordenone – Italia – Tel. +39.0434.369111 – fax +39.0434.523011 – CF/P. Iva 017

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**ASFO_**

Tipo attività: FSC

Orario _____

Data _____

NUM	NOMINATIVO	QUALIFICA	SOC/SOS	TIPO	NOTE	FIRMA
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

Visto del coordinatore dell'attività:

Sede: Via Vecchia Ceramica, 1 – C.P. 232 – 33170 Pordenone – Italia – Tel. +39.0434.369111 – fax +39.0434.523011



As FO

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

ATTESTAZIONE DELL'ATTIVITA' RESA E DICHIARAZIONE DELLE MODALITA' DI EFFETTUAZIONE DELLA DOCENZA

ASFO_

Tipo attività: FSC

Orario _____

Data _____

ARGOMENTO

--

Visto del coordinatore dell'attività:

sede: Via Vecchia Ceramica, 1 – C.P. 232 – 33170 Pordenone – Italia – Tel. +39.0434.369111 – fax +39.0434.523011 – CF/P. Iva 01772890933