

Modelo ordinario de Certificado de Acreditación de Formación Continuada

LOGO DEL PROVEEDOR
CERTIFICADO
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE
TÍTULO DE LA ACTIVIDAD
Formación impartida en la modalidad:
FECHA DE INICIO:
FECHA DE FINALIZACIÓN:
ESTA ACTIVIDAD DOCENTE CON Nº DE EXPEDIENTE XX-AFOC-XXXXX.X/XXXX., CON UNA DURACIÓN DE XX HORAS HA SIDO ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID-SISTEMA NACIONAL DE SALUD, CON XX CRÉDITOS DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA LAS PROFESIONES: XXXXXXXX.
LOS CRÉDITOS DE ESTA ACTIVIDAD FORMATIVA NO SON APLICABLES A LOS PROFESIONALES, QUE PARTICIPEN EN LA MISMA, Y QUE ESTÉN FORMÁNDOSE COMO ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.
<small>ENSEÑANZA NO REGLADA Y SIN CARÁCTER OFICIAL (Decreto 84/2004 de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid) (Para Instituciones de Derecho Privado y trabajadores autónomos)</small>
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
Firma del Responsable de la Entidad
Logo patrocinador

