

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.

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)

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Firma del Responsable de la Entidad

Logo
patrocinador

