



Titolo dell'evento formativo: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_

Il Responsabile Scientifico/Il Formatore : \_\_\_\_\_

Chiede

Al Direttore della Scuola Permanente di Formazione Continua AMD la Collaborazione nella seguente modalità:

 in progettazione in erogazione

## Informazioni sull'evento

L'evento è accreditato ECM	SI	NO
Provider AMD	SI	ALTRO
Professioni a cui è rivolto l'evento		
Ore totali di formazione		
Altri enti/società scientifiche in collaborazione e/o patrocinanti		
Sono previsti affiancamenti per progressioni di carriera per i formatori	SI	NO



M AMD 218

## RICHIESTA DI COLLABORAZIONE SCUOLA

Data di emissione:  
15 aprile 2018  
rev. n°: 0  
approvato ed emesso  
in originale

Obiettivi formativi generali	
Programma di massima	
Board scientifico e/o di progetto	

N.B. In caso di richiesta di collaborazione in erogazione, allegare al presente modulo una Storyboard dell'evento (M AMD 204)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Per concessione della collaborazione:

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore della Scuola  
Firma \_\_\_\_\_