

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Per il riconoscimento dei crediti ECM per attività formative individuali di AUTOFORMAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____ tel. _____
email _____ Esercitante la Professione di _____
Iscritto all'Ordine di _____
Numero iscrizione Ordine _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di aver svolto attività di autoformazione autoapprendimento derivante da attività di lettura di riviste scientifiche, di capitoli di libri e di monografie non preparati e distribuiti da provider accreditati ECM e privi di test di valutazione dell'apprendimento.

Di aver maturato crediti per la seguente attività di autoformazione:

Titolo materiale autoformazione: **aggiornamento in tema di percorsi diagnostico-terapeutici su slides in:**

Dermatologia	<input type="checkbox"/>	Malattie Apparato Respiratorio	<input type="checkbox"/>	Ginecologia	<input type="checkbox"/>
Ortopedia	<input type="checkbox"/>	Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	Endocrinologia	<input type="checkbox"/>
Ematologia	<input type="checkbox"/>	Nefrologia	<input type="checkbox"/>	Medicina Interna	<input type="checkbox"/>
Cardiologia	<input type="checkbox"/>	Urologia	<input type="checkbox"/>	Neurologia	<input type="checkbox"/>
		Genetica	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>
		Immunologia	<input type="checkbox"/>	Oftalmologia	<input type="checkbox"/>

Tipologia: A) materiali durevoli B) Letture scientifiche

Data inizio attività di Autoformazione(gg/mm/anno)

Data fine attività di Autoformazione (gg/mm/anno)

Ore impegno di attività formativa: _____ Numero ore (max 15)

Obiettivo formativo: **3** TABELLA A

Attività professionista: _____ TABELLA B (inserire codice- v. all.to)

Professione: _____ TABELLA C (inserire codice - v.all.to)

Disciplina: _____ TABELLA D (inserire codice attività professionale prevalente -v.all.to)

Il sottoscritto conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Letto, confermato e sottoscritto

FIRMA

Luogo e data

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente.

Allegare: Documento in corso di validità (in formato cartaceo o PDF)