

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri di AREZZO
mail: chirurgi@omceoar.it
PEC segreteria.ar@pec.omceo.it

**Oggetto: Rinuncia esenzione ECM per attività
professionale NON saltuaria**

Il/la sottoscritto/a dott./ssa

Cognome

Nome

Codice fiscale

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 d.p.r. 445/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- **DI ESERCITARE l'attività professionale sanitaria in modo non saltuario, da cui deriva un reddito annuo superiore a € 5.000,00;**
- DI RINUNCIARE all'esenzione dall'obbligo formativo ECM prevista dalla Delibera CNFC del 14/12/2021;
- DI ESSERE SOGGETTO all'obbligo formativo ECM;
- CHE PROVVEDERÀ A COMUNICARE ALL'ORDINE eventuali variazioni che comportino la ripresa di efficacia dell'esenzione.

CHIEDE PERTANTO

all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo di provvedere alla rimozione della suddetta esenzione dal proprio profilo personale attraverso il portale Co.Ge.A.P.S

DICHIARA

di essere stato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 e di manifestare consenso, con la sottoscrizione della presente, al trattamento dei dati personali.

Luogo e data

Firma

Allegare copia di un documento di identità e inviare tramite mail all'indirizzo:
chirurgi@omceoar.it o via PEC all'indirizzo: segreteria.ar@pec.omceo.it