

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 BOLZANO al nr. _____ Albo Medici
al nr. _____ Albo Odontoiatri

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 ed aver maturato crediti per la seguente attività di autoformazione:

Descrizione titolo materiale autoformazione:

Tipologia: materiali durevoli Letture scientifiche

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

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

Ore impegno di attività formativa : _____ Numero ore (max 10% dell'obbligo formativo individuale triennale al netto di riduzioni, esoneri ed esenzioni)

Obiettivo formativo*: _____ TABELLA A

Attività professionista*: _____ TABELLA B

Professione*: _____ TABELLA C

Disciplina*: _____ TABELLA D

*DATI OBBLIGATORI

Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del Decreto Legislativo 196/03 e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 196/03.

Letto, confermato e sottoscritto

FIRMA

(Luogo) , 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 (OBBLIGATORIO FORMATO PDF)
DOCUMENTAZIONE dell'attività di autoformazione (OPZIONALE MAX 3 Pag. FORMATO PDF)