

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 per Sperimentazioni Cliniche

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 sperimentazione clinica, secondo i requisiti di cui al decreto del Ministero della Salute del 17 dicembre 2004, "Prescrizioni e condizioni di carattere generale, relative all'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali, con particolare riferimento a quelle ai fini del miglioramento della pratica clinica, quale parte integrante dell'assistenza sanitaria":

Descrizione Sperimentazione*: _____

Tipo di sperimentazione*:

Sperimentazione Clinica

Data inizio attività di Sperimentazione Clinica *:	/ /	Formato (gg/mm/anno)
Data fine attività di Sperimentazione Clinica *:	/ /	Formato (gg/mm/anno)
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 Sperimentazione (OPZIONALE MAX 3 Pagine FORMATO PDF)