

Autocertificazione

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

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

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 partecipato ad attività di tutoraggio individuale (non attività di tutoraggio accreditata da Provider ECM) riservata ai professionisti sanitari che svolgono attività di tutoraggio all'interno di tirocini formativi e professionalizzanti, pre e post laurea previsti dalla legge, o nell'ambito di specifici PFA,
(solo se le attività svolte sono inquadrate nel programma formativo del professionista interessato)

Nome organizzatore* _____ -

Tipo di struttura*: Pubblica Privata

Tutoraggio*: Pre-laurea

Post-Laurea

All'interno di PFA aziendali

Data inizio attività di tutoraggio* / /20__ Data fine attività di tutoraggio* / /20__

Data inizio attività di tutoraggio* / /20__ Data fine attività di tutoraggio* / /20__

Data inizio attività di tutoraggio* / /20__ Data fine attività di tutoraggio* / /20__

Discente (CF/Nome) (facoltativo): _____

Obiettivo formativo*: 18

Attività professionista*: _____ TABELLA B

Professione*: _____ TABELLA C

Disciplina*: _____ TABELLA D

*DATI OBBLIGATORI

Inoltre il sottoscritto dichiara di non essere assegnatario di uno specifico incarico istituzionale di insegnamento anche a titolo gratuito

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)**

Attestato dell'attività di tutoraggio rilasciato da soggetto organizzatore (Facoltativo MAX 3 Pag FORMATO PDF)