

Benvenuto

[[Modifica i tuoi dati](#)] [[Esci](#)]

Crediti tutoraggio

CREDITI TUTORAGGIO

Dott.

Informazioni evento

Data inizio * []	Data fine * []	Obiettivo * -selezione-	Nome docente []
Nome organizzatore evento * []	Tipo di struttura -selezione-	Tipo attività tutoraggio * -selezione-	

Informazioni professionista

Stato contrattuale * -selezione-	Partecipante reclutato -selezione-	Sponsor []	Professione * -selezione-
Disciplina/e * -selezione-			

Allegati

File di Autocertificazione [Scegli file] Nessun file selezionato	File di Attestato [Scegli file] Nessun file selezionato	Template Autocertificazione [Download file]
--	---	---

[[Invia](#)] [[Annulla](#)]

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/Collegio/Associazione di _____

Numero iscrizione Ordine/Collegio/Associazione di _____

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 inquadrare 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*:

Professione*:

Disciplina*:

TABELLA B
TABELLA C
TABELLA D

*Campi obbligatori

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

Il sottoscritto 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.

MODELLO V1.0 -11/05/2015 Cog-01: Auth: CM

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 Pagine FORMATO PDF)