

Benvenuto

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

Crediti autoformazione

CREDITI AUTOFORMAZIONE

Dott.

Informazioni evento			
Data inizio *	Data fine *	Obiettivo *	Crediti *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-selezione-"/>	<input type="text"/>
Tipo autoformazione *	Descrizione materiale lettura *		
<input type="text" value="-selezione-"/>	<input type="text"/>		

Informazioni professionista	
Professione *	Disciplina/e *
<input type="text" value="-selezione-"/>	<input type="text" value="-selezione-"/>

Allegati		
File di Autocertificazione	File di Attestato	Template Autocertificazione
<input type="button" value="Scegli file"/> Nessun file selezionato	<input type="button" value="Scegli file"/> Nessun file selezionato	[Download file]

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

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 (RISERVATA LIBERI PROFESISONISTI)

Il/la sottoscritto/a _____
C.F. _____
nato/a a _____ il _____
tel. _____
email _____
Esercitante la Professione di _____ (Prevalente)
Iscritto all'Ordine/Collegio/Associazione di _____
Numero iscrizione Ordine/Collegio/Associazione _____

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 riservata ai Libero Professionisti sanitari e di aver svolgere prevalentemente l'attività libero Professionale.

Di aver maturato crediti per la seguente attività di autofomazione

Descrizione titolo materiale autoformazione:

Tipologia: A) materiali durevoli

a) 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 15)

Obiettivo formativo*:

TABELLA A

Attività professionista*:

Libero professionista

Professione*:

TABELLA C

Disciplina*:

TABELLA D

*DATI OBBLIGATORI

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.

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 Pagine FORMATO PDF)