

Autocertificazione

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

Per il riconoscimento di esonero dalle attività formative ECM

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 diritto secondo quanto previsto dalla determina del 17/10/2013 della Commissione Nazionale ECM:

All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ un Master universitario di primo livello che erogava almeno 60 CFU/anno previsti e disciplinato dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999 n. 509 e dal Decreto del MIUR del 22 ottobre 2004, n. 270 e successive modifiche ed integrazioni, della durata legale di anni _____.

Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i

(Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)

Il corso destinato alle professioni sanitarie è stato tenuto presso un Università ed era pertinente ad mia attività professionale in ambito sanitario.

All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ un Master universitario di secondo livello della durata di uno o più anni e che eroga almeno 60 CFU/anno previsto e disciplinato dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999 n. 509 e dal Decreto del MIUR del 22 ottobre 2004, n. 270 e successive modifiche ed integrazioni, della durata legale di anni _____.

Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i

(Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)

Il corso destinato alle professioni sanitarie è stato tenuto presso un Università ed era pertinente ad mia attività professionale in ambito sanitario.

All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ un Corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999 n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli. Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____.

(Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)

All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ un Corso di specializzazione in Psicoterapia per Medici e Psicologi, di cui al Decreto 11 dicembre 1998, n. 509. Regolamento recante norme per il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'articolo 17, comma 96, della legge 15 maggio 1997, n. 127, della durata legale di anni _____. Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____.

(Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)

All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ corsi di formazione manageriale, ai sensi dell'articolo 16-quinquies del D.lgs. n. 502/92

Sono a richiedere quindi l'esonero per il seguente anno (indicare l'anno di conclusione del corso)

(Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)

All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ un Corso micologi durata annuale. Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il seguente anno _____

All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ una Laurea specialistica, diploma di specializzazione, della durata legale di anni _____.

Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____

(Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)

Il corso destinato alle professioni sanitarie è stato tenuto presso un Università ed era pertinente ad mia attività professionale in ambito sanitario.

All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ una Dottorato di ricerca. Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____

(Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)

Il corso destinato alle professioni sanitarie è stato tenuto presso un Università ed era pertinente ad mia attività professionale in ambito sanitario.

All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ un Corso di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) "Piano di interventi contro l'AIDS" di cui alla Legge 5 giugno 1990, n. 135, pubblicata nella G.U. n. 132 dell'8 giugno 1990. Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____

(Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)

All'esonero annuale parziale di 20 crediti nell'anno 2011 per aver operato o risiedere nei comuni colpiti, al momento del dal terremoto dell'Abruzzo.

All'esonero annuale parziale di 25 crediti negli anni 2012 e 2013, per aver operato o risiedere nei comuni colpiti, al momento del terremoto dell'Emilia del 2012.

All'esonero annuale parziale al 50% dell'obbligo formativo per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ un Corso per micologi di durata biennale. Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____

(Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)

All'esonero per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ un corso universitario post-base. Il corso, seguito continuativamente era destinato alle professioni sanitarie era pertinente ad mia attività professionale in ambito sanitario, e aveva durata superiore ai 15 giorni.

All'esonero per aver operato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ in qualità di Militare in Missione all'estero.

Dichiaro di essere consapevole che eventuali crediti acquistati durante il periodo di esonero non concorreranno al soddisfacimento del mio debito formativo, fatte salve le tipologie di esonero **parziale**.

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 relativa all'esonero (Facoltativo MAX 3 Pagine FORMATO PDF)