

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

D I C H I A R A

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__

Discente (nome/cognome) : _____

Obiettivo formativo: _____

Attività professionista*: _____

Professione*: _____

Disciplina*: _____

*DATI 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.

FIRMA

(Luogo) , DATA
