

Da inviare all'apposito indirizzo email:  
[ecm.professionistisanitari@agenas.it](mailto:ecm.professionistisanitari@agenas.it)

**ALLEGATO 11**

**DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DI ESONERO/ESENZIONE ECM  
PER CASI NON PREVISTI DAL MANUALE  
SULLA FORMAZIONE CONTINUA DEL PROFESSIONISTA SANITARIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla Commissione nazionale per la formazione continua che venga valutata la propria posizione di esonero/esenzione non espressamente prevista dal *Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario*

L'istante richiede altresì di notificare la decisione della CNFC al seguente recapito e-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 – “GDPR” e del D.Lgs. 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente richiesta e, a tal fine, presta il consenso al trattamento dei dati personali.

Allega alla presente:

- descrizione sintetica sottoscritta della propria posizione (utilizzare foglio successivo);
- copia della documentazione attestante la propria posizione (in formato .pdf);
- copia di documento di identità in corso di validità (in formato .pdf)
- eventuale documentazione relativa al caso (in formato .pdf)

Data

\_\_/\_\_/\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## DESCRIZIONE SINTETICA DELLA PROPRIA POSIZIONE

Data

\_\_/\_\_/\_\_

Firma<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La sottoscrizione del presente modulo equivale ad autodichiarazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.