

Da inviare all'apposito indirizzo email:
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

__/__/__

Firma¹

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