

Da inviare sul portale COGEAPS salvo diversa
indicazione del proprio Ordine di appartenenza

ALLEGATO VIII

**DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DI CREDITI ECM
PER AUTOFORMAZIONE**

Il/la sottoscritto/a _____
C.F. _____
nato/a a _____ il _____

CHIEDE

il riconoscimento dei crediti ECM per attività di autoformazione ai sensi del paragrafo 3.5 del *Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario* con la seguente attribuzione:

Obiettivo formativo: _____ TABELLA A
Attività professionista: _____ TABELLA B
Professione: _____ TABELLA C
Disciplina: _____ TABELLA D

A tal fine, 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 la seguente attività di autoformazione:

dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per _____ ore totali

Allega alla presente (in formato .pdf):

1. copia di un documento d'identità in corso di validità;
2. altro _____

Presta il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 – "GDPR")

Data

___/___/_____

Firma
