

AUTOCERTIFICAZIONE ACQUISIZIONE CREDITI FORMATIVI ECM E ESENZIONI/ESONERI

Il/La Sottoscritto/a: Cognome....., Nome.....nato/a a:.....,

il:/...../....., Codice fiscale:tel....., iscritto all'Ordine dei Farmacisti di

Treviso al n..... dal....., in materia di autocertificazione e consapevole delle responsabilità connesse alle

dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, **dichiara** quanto di seguito:

Ente organizzatore/Provider codice (*)	Codice Corso (*)	Titolo del corso	Luogo	Data inizio	Data termine	Crediti ECM

Note per la compilazione:

- **I dati dichiarati devono corrispondere correttamente all'evento (titolo, organizzatore, data inizio evento, codice corso)**
- **(*) Il codice è indispensabile per il riconoscimento dei crediti; poiché può capitare che alcuni attestati di partecipazione ad eventi ECM non**

lo riportino, è necessario risalire ad esso contattando l'organizzatore del corso.

Periodi di esenzione/esonero dai crediti ECM (Considerabili a partire dall'anno 2011)

Indicare eventuali periodi nei quali è previsto l'esonero/esenzione dall'obbligo dei crediti ECM (congedo, aspettativa, frequenza a corsi universitari)

I periodi di esonero e di esenzione sono cumulabili ma non sovrapponibili nell'ambito del triennio

Tipologia di esenzione/esonero	Data inizio	Data fine

Ai sensi dell'Articolo 13 del D.Lgs 196/2003, La informiamo che il trattamento dei dati da Lei forniti sarà effettuato, direttamente o attraverso terzi incaricati, per le finalità connesse all'erogazione del Servizio ed, in particolare, all'attività di registrazione crediti ECM.

È NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' e DI TUTTI GLI ATTESTATI DEI CORSI (ANCHE UNIVERSITARI), NON E' INVECE NECESSARIO ALLEGARE I CERTIFICATI MEDICI PER REGISTRARE LE ESENZIONI.

Data _____ Firma _____