

# Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

**Per il riconoscimento dei crediti ECM per attività formative individuali di AUTOFORMAZIONE**

Il/la Sottoscritto/\_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Iscritto all'Ordine dei farmacisti di Treviso al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

## DICHIARA

Di aver svolto attività di autoformazione tramite:

attività formativa professionale organizzata dall'Ordine (specificare quale)

\_\_\_\_\_

Date attività \_\_\_\_\_

N° ore totali \_\_\_\_\_ Tipo di evento \_\_\_\_\_

Obiettivo Formativo:  CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALE SPECIFICI DI  
CIASCUNA PROFESSIONE

ARGOMENTI DI CARATTERE GENERALE

Attività professionale:  farmacia territoriale  farmacia ospedaliera

Luogo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante  
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali (GDPR UE 679/2016) , le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Allego fotocopia del Documento di Identità