

DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM PER SPERIMENTAZIONI CLINICHE

All'Authority per l'autorizzazione, l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-educativi

Il/La sottoscritto/a _____

Cod ISS _____ nato/a a _____ il _____

CHIEDE

Il riconoscimento dei crediti ECM per aver svolto attività di sperimentazione clinica ai sensi del paragrafo 3.2.2 del Manuale sulla formazione continua del Professionista sanitario con la seguente attribuzione

Obiettivo Formativo Nazionale: _____

Attività Professionista: _____

Professione: _____

Disciplina: _____

Consapevole delle sanzioni previste per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di aver svolto la seguente sperimentazione clinica:

Approvata dal Comitato etico per le sperimentazioni e ricerca in data: _____

Data inizio attività: _____ Data fine attività: _____

Data: _____

Firma: _____

Allega:

- copia del documento di identità in corso di validità
- documentazione dell'attività di sperimentazione da cui si evince l'approvazione da parte del Comitato etico e la presenza del proprio nome tra gli sperimentatori

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di essere a conoscenza che le informazioni ed i dati forniti nell'ambito di procedimenti amministrativi e per la fruizione di servizi erogati dall'Amministrazione saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato www.sanmarino.sm – Canali Tematici "Informativa per il trattamento dei dati personali"
