

## DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM PER ATTIVITA' DI TUTORAGGIO

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 tutoraggio individuale ai sensi del paragrafo 3.3 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 attività di tutoraggio

Data inizio attività: \_\_\_\_\_ Data fine attività: \_\_\_\_\_ per un numero totale di ore \_\_\_\_\_

Presso: \_\_\_\_\_

Dichiara di non essere assegnatario/a di uno specifico incarico istituzionale di insegnamento, anche a titolo gratuito, relativo all'attività formativa per la quale si richiede il riconoscimento dei crediti ECM.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Allega:

- copia del documento di identità in corso di validità
- attestato di attività di tutoraggio rilasciato dal soggetto organizzatore

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](http://www.sanmarino.sm) – Canali Tematici "Informativa per il trattamento dei dati personali"

\_\_\_\_\_